

京东安联财产保险有限公司
个人住院医疗费用补偿保险条款（互联网 2025 版）
（报备文件编号：京东安联发〔2025〕345 号）
（注册号：C00005032512025111107413）

一、总则

（一）保险合同构成

本保险合同由保险条款、投保单、（电子）保险单、保险凭证以及批单等组成。凡涉及本保险合同的约定，均应采用书面形式。

（二）保险合同的成立与生效

投保人提出投保申请，经**保险人**（释义1）同意承保的，本保险合同成立，具体生效日以保险单所载的日期为准。

（三）投保人

本保险合同的投保人应为具有完全民事行为能力的被保险人本人或对被保险人有保险利益的其他人。被保险人为无民事行为能力人或限制民事行为能力人，投保人应为其监护人。

（四）被保险人

除另有约定外，同时符合以下两点要求的自然人，可作为本保险合同的被保险人：

- 首次投保时年龄在0周岁（出生满30日且已健康出院）至65**周岁**（释义2）；如投保家庭单，年龄上限可延长至70周岁。
- 投保时符合健康告知要求。

本保险合同仅接受完全符合健康调查问卷所列全部内容的自然人作为被保险人的投保申请，投保人应如实填写**健康调查问卷**，未如实填写**健康调查问卷**任一项目的，将直接影响**保险人**决定是否承保，**保险人**有权依法解除保险合同，并对保险合同解除前发生的**保险事故**不承担**保险责任**。

（五）受益人

除另有约定外，本保险合同保险金的受益人为被保险人本人。

二、保险责任

本保险合同的保险责任包括**必选责任**（一般医疗及外购药械费用**医疗保险金**、重大疾病医疗及外购药械费用**医疗保险金**）和**可选责任**（一般医疗及外购药械费用**医疗保险金**（免赔额补偿）、特定既往症**医疗保险金**），投保人在投保**必选责任**的基础上可选择投保**可选责任**，但不能单独投保**可选责任**。

（一）一般医疗及外购药械费用**医疗保险金**

在**保险期间**内，若被保险人因遭受**意外伤害**（释义3），或在**等待期**（释义4）后初次出现**症状**（释义5）或**体征**（释义6）且确诊罹患**疾病**，在**境内**（释义7）**医疗机构**（释义8）接受治疗的，**保险人**对下述费用，按照本保险合同的约定承担给付一般医疗及外购药械费用**医疗保险金**的责任：

1. 一般住院医疗费用

被保险人经**医疗机构**诊断必须**住院**（释义9）治疗的，**保险人**对于**需被保险人个人支付的、必需且合理的**（释义10）住院医疗费用，在扣除**保险单**载明的免赔额后，依照**保险单**载明的比例给付。住院医疗费用包括**床位费**（释义11）、**膳食费**（释义12）、**护理费**（释义13）、**重症监护室床位费**、**诊疗费**、**检查检验费**（释义14）、**治疗费**（释义15）、**药品费**（释义16）、**手术费**（释义17）。

2.6 种特定疾病特殊门诊医疗费用

被保险人在医疗机构接受特殊门诊治疗的，保险人对于需被保险人个人支付的、必需且合理的特殊门诊医疗费用，在扣除保险单载明的免赔额后，依照保险单载明的比例给付。

本项责任承保的特殊门诊医疗保险金给付项目范围包括：

- (1) 恶性肿瘤（释义18）门诊治疗：包括化学疗法（释义19）、放射疗法（释义20）、肿瘤免疫疗法（释义21）、肿瘤内分泌疗法（释义22）、肿瘤靶向疗法（释义23）治疗费用；
- (2) 较重急性心肌梗死（见释义24序号2疾病定义）手术后门诊行血管造影、冠状动脉增强CT检查（冠脉CTA）、心脏导管检查；
- (3) 严重脑中风后遗症（见释义24序号3疾病定义）手术后门诊行头颅CT检查、脑血管造影检查；
- (4) 重大器官移植术或造血干细胞移植术（见释义24序号4疾病定义）后门诊行抗排斥治疗；
- (5) 冠状动脉搭桥术（或称冠状动脉旁路移植术）（见释义24序号5疾病定义）后门诊行血管造影术、心肌灌注扫描；
- (6) 严重慢性肾衰竭（见释义24序号6疾病定义）门诊肾透析治疗。

3. 门诊手术医疗费用

被保险人因医疗机构诊断必须接受门诊手术治疗的，保险人对于需被保险人个人支付的、必需且合理的门诊手术医疗费用，在扣除保险单载明的免赔额后，依照保险单载明的比例给付。

4. 住院前后门急诊医疗费用

被保险人经医疗机构诊断必须接受住院治疗，在住院前30日（含入院当日）和出院后30日（含出院当日）内，因与该次住院相同原因而接受门急诊治疗时，保险人对于需被保险人个人支付的、必需且合理的住院前后门急诊医疗费用（但不包括6种特定疾病特殊门诊医疗费用和门诊手术医疗费用），在扣除保险单载明的免赔额后，依照保险单载明的比例给付。

5. 外购药品及外购医疗器械费用

被保险人在院外（见释义25）购买的、符合前述一般医疗及外购药械费用医疗保险金项下1-4类费用责任范围内的、需被保险人个人支付的、必需且合理的外购药品及外购医疗器械费用（见释义26），保险人在扣除保险单载明的免赔额后，依照保险单载明的比例给付。

保险人对上述1-5项累积补偿之和以保险单载明的一般医疗及外购药械费用医疗保险金的保险金额为限。当保险人保险期间内累积给付金额达到本项保险金额时，保险人对被保险人在一般医疗及外购药械费用医疗保险金项下的保险责任终止。

（二）重大疾病医疗及外购药械费用医疗保险金

在保险期间内，若被保险人因遭受意外伤害或在等待期后因初次出现症状或体征且初次确诊（释义27）罹患本保险合同约定的一种或多种重大疾病（释义24），在医疗机构接受治疗的，保险人对下述费用，按照本保险合同的约定承担给付重大疾病医疗及外购药械费用医疗保险金的责任：

1. 重大疾病住院医疗费用

被保险人经医疗机构诊断罹患重大疾病必须住院治疗的，保险人对于需被保险人个人支付的、必需且合理的住院医疗费用，依照保险单载明的比例给付。

重大疾病住院医疗保险金给付项目范围包括床位费、膳食费、护理费、重症监护室床位费、诊疗费、检查检验费、治疗费、药品费、手术费。

2. 6种特定疾病特殊门诊医疗费用

被保险人在医疗机构接受特殊门诊治疗的，保险人对于需被保险人个人支付的、必需且合理的特殊门诊医疗费用，依照保险单载明的比例给付。

本项责任承保的特殊门诊保险金给付项目范围包括：

- (1) 恶性肿瘤-重度（见释义24序号1疾病定义）门诊治疗：包括化学疗法、放射疗法、肿瘤免疫疗法、肿

瘤内分泌疗法、肿瘤靶向疗法治疗费用；

- (2) 较重急性心肌梗死手术后门诊行血管造影、冠状动脉增强CT检查（冠脉CTA）、心脏导管检查；
- (3) 严重脑中风后遗症手术后门诊行头颅CT检查、脑血管造影检查；
- (4) 重大器官移植术或造血干细胞移植术后门诊行抗排异治疗；
- (5) 冠状动脉搭桥术（或称冠状动脉旁路移植术）后门诊行血管造影术、心肌灌注扫描；
- (6) 严重慢性肾衰竭门诊肾透析治疗。

3. 门诊手术医疗费用

被保险人经医疗机构诊断罹患重大疾病必须接受门诊手术时，保险人对于需被保险人个人支付的、必需且合理的重大疾病门诊手术医疗费用，依照保险单载明的比例给付。

4. 住院前后门急诊医疗费用

被保险人经医疗机构诊断罹患重大疾病必须接受住院治疗，在住院前30日（含住院当日）和出院后30日（含出院当日）内，因与该次住院相同原因而接受重大疾病门急诊治疗时，保险人对于需被保险人个人支付的、必需且合理的治疗重大疾病的门急诊医疗费用（但不包括6种特定疾病特殊门诊医疗费用和门诊手术医疗费用），依照保险单载明的比例给付。

5. 外购药品及外购医疗器械费用

被保险人在院外购买的、符合前述重大疾病医疗及外购药械费用医疗保险金项下1-4类费用责任范围内的、应当由被保险人支付的必需且合理的外购药品及外购医疗器械费用，依照保险单载明的比例给付。

保险人对上述1-5项累积给付之和以保险单载明的重大疾病医疗及外购药械费用医疗保险金的保险金额为限。当保险人保险期间内累积给付金额达到本项保险金额时，保险人对被保险人在本保险合同下的全部保险责任终止。

（三）一般医疗及外购药械费用医疗保险金（免赔额补偿）（可选责任）

若投保人选择投保本可选责任，对于被保险人个人支出的、属于前述“一般医疗及外购药械费用医疗保险金”责任范围内、但因扣除该项责任项下约定的免赔额而需自行承担的医疗费用部分，保险人按保险单载明的赔付比例予以补偿，但下列疾病及其相关医疗费用不属于本责任补偿范围：

- (1) 任何脊椎疾病(包括但不限于颈椎病、腰椎间盘突出/膨出/移位/滑脱)及痔疮治疗产生的医疗费用；
- (2) 女性生殖系统疾病(即女性子宫、输卵管、卵巢、阴道、外阴器官的疾病)，以及结节、息肉、囊肿、增生、结石治疗产生的医疗费用。

保险人在本责任项下的最高赔付金额以保险单所载的一般医疗及外购药械费用医疗保险金（免赔额补偿）保险金额为限。

（四）特定既往症医疗保险金（可选责任）

若投保人选择投保本可选责任，在保险期间内，被保险人因如下特定既往症及其并发症的治疗产生符合一般医疗及外购药械费用医疗保险金责任范围内的医疗及外购药械费用的，保险人在扣除保险单载明的免赔额后，依照保险单载明的比例给付特定既往症医疗保险金。

特定既往症：

- (1) 甲状腺结节、乳腺结节：TI/B1分级为1-3级，且最大直径小于1cm，边界清晰、结节内无钙化，医生未建议手术；
 - (2) 肺结节：最大直径小于0.5cm，形状规则、边界清晰、无毛刺征，相隔至少6个月的两次检查比较证实结节数量无增加、大小无增大，且无肺癌或慢性肺部疾病家族史；
 - (3) 胆结石、胆囊息肉：最大直径小于1cm，且无胰腺炎、肝内胆管结石、肝功能异常、胆汁性肝硬化。
- 特定既往症保险金与一般医疗及外购药械费用医疗保险金共享保险金额及免赔额。

三、免赔额

1. 本保险合同所指免赔额均指年免赔额，指在本保险合同保险期间内，应由被保险人自行承担，本保险合同不予给付的部分。被保险人从商业保险或其他途径已获得的医疗费用补偿可用于抵扣免赔额，但通过社会医疗保险和公费医疗保险获得的补偿，不可用于抵扣免赔额。
2. 符合本保险合同约定的重大疾病医疗费用的，保险人在给付保险金时，不再扣除免赔额。
3. 免赔额由投保人与保险人在订立本保险合同时协商确定，并在保险单中载明。

四、补偿原则和标准

1. 本保险合同适用医疗费用补偿原则。若被保险人已从其他途径（包括社会医疗保险、公费医疗、工作单位、保险人在内的任何商业保险机构等）获得医疗费用补偿，则保险人仅对被保险人实际发生的医疗费用扣除其所获医疗费用补偿后的余额按照本保险合同的约定进行给付。社保卡个人账户支出视为个人支付的部分，不属于已获得的医疗费用补偿。
2. 若被保险人以参加社会医疗保险身份投保，但未以参加社会医疗保险身份就诊并结算的，则保险人按照保险单载明的比例进行给付。

五、责任免除

（一）任何因下列情形之一导致被保险人支出医疗费用的，或具备下列情形/行为的，保险人不承担补偿责任：

1. 故意行为

- （1）投保人或被保险人的故意行为；
- （2）自杀，故意自伤，斗殴，醉酒，服用、吸食或注射毒品。

2. 既往疾病

被保险人在初次投保或非连续投保前所患的既往病症（释义28）及其并发症（本保险合同另有约定属于保险责任范围内的及已告知并经保险人审核同意承保的既往病症不在此限）；

3. 生育相关的医疗费用

被保险人助孕、妊娠（包括异位妊娠）、产前产后检查、流产（含任何原因所导致的流产和人工流产）、分娩（含剖腹产）、不孕不育治疗、人工受孕、男女生育控制、输精管切除术、避孕、绝育手术、绝育恢复手术，及由以上原因导致的并发症的相关医疗费用。

4. 不符合本保险合同约定的医疗费用

- （1）本保险合同约定医疗机构外产生的医疗费用（本保险合同另有约定属于保险责任范围内的不在此限）；
- （2）任何滋补类中草药及其炮制的各类酒制剂；
- （3）本保险合同约定医疗机构医生开具的超过30日部分的药品费用；
- （4）未被治疗所在地权威部门批准的治疗，未获得治疗所在地政府许可或批准的药品或药物；
- （5）不符合入院标准、挂床住院或住院病人应当出院而拒不出院产生的费用（从医院确定出院之日起发生的一切医疗费用）；挂床住院指办理正式住院手续的被保险人，在住院期间每日非24小时在床、在院，具体表现包括在住院期间连续若干日无任何治疗，只发生护理费、诊疗费、床位费等情况（但遵医嘱到外院接受临时治疗的不在限）；
- （6）在医院的（门）急诊观察室、家庭病床（房）入住产生的费用；
- （7）在特需病房、外宾病房、干部病房、联合病房、国际医疗中心、VIP部或其他不属于社会医疗保险范畴的高等级病房及特诊病区入住；在康复科、康复病床、健康中心、天然治疗所、康复医院入住；或接受康复治疗；在联合医院、诊所、精神病院、老人院、疗养院、戒毒中心、戒酒中心入住；
- （8）被保险人住院体检产生的费用；
- （9）被保险人住院期间一天内未接受与入院诊断相关的检查和治疗，或一天内住院不满二十四小时产生的

费用（但遵医嘱到外院接受临时治疗的不在此限）；

（10）整形手术，痤疮、疤痕、色斑、植发等美容，变性手术，矫形，视力矫正手术，屈光不正，牙科治疗，牙齿修复产生的费用；

（11）眼镜、义齿、义眼、义肢、助听器等康复性器具及所有非处方医疗器械（本保险合同约定医疗机构医生认为治疗必不可少的不在此限）；

（12）因预防、康复、保健型或非疾病治疗类项目发生的医疗费用；

（13）包皮环切术、包皮剥离术、包皮气囊扩张术、性功能障碍治疗产生的费用；

（14）性病治疗和康复所产生的费用；

（15）被保险人接受实验性治疗，即未经科学或医学认可的医疗产生的费用；

（16）被保险人因职业病（释义29）、遗传性疾病、先天性畸形、先天性疾病、变形或染色体异常、心理疾病、精神和行为障碍（以世界卫生组织颁布的《疾病和有关健康问题的国际统计分类（ICD-10）》为准）产生的费用；

（17）各类医疗鉴定，包括但不限于医疗事故鉴定、精神病鉴定、孕妇胎儿性别鉴定、验伤鉴定、亲子鉴定、遗传基因鉴定费用、基因检测费用；

（18）等待期内罹患的疾病或等待期内接受检查但在等待期后确诊的疾病产生的费用；

（19）各种健康检查、功能医学检查（包括但不限于全套个人化营养评估、抗氧化维生素分析、氧化压力分析、营养与毒性元素分析、肠道免疫功能分析）费用，免疫费用，出于行政或管理事务目的（包括但不限于与投保保险、招聘、入职、入学或运动相关的体格检查）发生的检查费用，旅行和宾馆住宿费用，预防保健（包括但不限于保健按摩、自动按摩床治疗、药物蒸气治疗、药浴、体疗健身、疾病普查）费用（本保险合同另有约定属于保险责任范围内的不在此限）；

（20）各种自用的按摩保健和治疗用品：颈托（急救中使用的颈托不在此限）、腰托、胃托、肾托、阴囊托、子宫托、疝气带、护膝带、钢头颈、矫正器具、药带、药枕、拐杖、轮椅、健身按摩器和各种磁疗用品及家用检测治疗仪器等费用；

（21）被保险人接受如下项目的治疗：减肥、胃减容术（包括但不限于：可调节式束带手术、袖状胃切除手术、胃旁路手术、胃内水囊手术、胃肠转流术）；

（22）被保险人未遵医嘱，私自服用、涂用、注射药品、使用器械；

（23）使用未经过中国国家药品监督管理部门批准的实验性或研究性治疗、疗法、药品或器械治疗及其后果产生的医疗费用；

（24）药品或器械的使用与中国国家药品监督管理局批准的该药品或器械说明书中所列明的适应症和用法用量不符。

（二）被保险人在下列期间发生的医疗费用，保险人也不承担补偿保险金责任：

1. 被保险人罹患艾滋病（AIDS）或感染艾滋病病毒（HIV）期间（上述定义，应按世界卫生组织所订的定义为准。若在被保险人的血液样本中发现上述病毒或其抗体，则认定被保险人已受该病毒感染）；

2. 被保险人进行各种车辆表演、车辆竞赛期间；

3. 被保险人酒后驾驶（见释义30）、无有效驾驶证（见释义31）驾驶或驾驶无有效行驶证（见释义32）的机动车期间。

六、保险金额和保险费

保险金额是保险人承担补偿保险金责任的最高限额。本保险合同的一般医疗及外购药械费用医疗保险金额、重大疾病医疗及外购药械费用医疗保险金额、一般医疗及外购药械费用医疗保险金（免赔额补偿）保险金额，由投保人、保险人双方约定，并在保险单中载明。

本保险合同的保险费按照被保险人的年龄和所选计划确定。投保人须按本保险合同约定支付保险费。

本保险合同的保险费支付方式由投保人与保险人投保时约定。

1. 一次性缴付保险费

若一次性缴付保险费的，投保人应当在保险合同成立时一次性交清保险费。**未交清保险费的，保险合同不生效；发生保险事故的，保险人不承担保险责任。**

2. 分期缴付保险费

若分期缴付保险费的，在缴纳首期保险费后，投保人应当在每个**保险费约定缴纳日**（见释义 33）前足额缴纳对应的保险费。**如未缴付首期保险费，保险合同不生效，保险人不承担保险责任。**

如投保人未按约定缴纳其余各期保险费，保险人允许投保人在保险单约定的延长期内补缴保险费，如被保险人在延长期内发生保险事故，保险人承担保险责任。**投保人在正常交费对应的保险期间内或本条约定的延长期内发生保险事故，保险人依照合同约定给付保险金的，需投保人先行补交所有未缴期间的保险费，或经投保人和保险人协商同意后，在给付的保险金中扣除所有未缴期间的所有未缴保险费。如投保人在延长期届满时仍未缴纳当期保险费的，保险合同自上一期保险费对应保险期间届满之日的次日零时起终止，对于保险合同终止后发生的保险事故，保险人不承担保险责任。**

延长期由投保人和保险人协商确定，并在保险单中载明。

七、保险期间

除另有约定外，保险期间为一年，以保险单载明的起讫时间为准。

除本保险合同另有约定外，若被保险人在保险期间内已开始住院治疗，且在本保险合同保险期间届满之日仍未出院（即住院状态持续至届满日之后），保险人仅对本次住院治疗在保险期间届满日后**30日内**发生的住院医疗费用，继续在本保险合同约定的住院医疗保险金范围内承担给付责任，**不包括被保险人本次住院治疗结束再次入院（无论原因是否与本次住院相关）所发生的任何医疗费用。**

八、不保证续保

本保险合同为不保证续保合同，本产品保险期间不超过一年，保险期间届满，投保人需要重新向保险人申请投保本产品，并经保险人同意，交纳保险费，获得新的保险合同。

九、保险人义务

订立保险合同时，采用保险人提供的格式条款的，保险人向投保人提供的投保单应当附格式条款，保险人应当向投保人说明保险合同的内容。对保险合同中免除保险人责任的条款，保险人在订立合同时应当在投保单、保险单或者其他保险凭证上作出足以引起投保人注意的提示，并对该条款的内容以书面或者口头形式向投保人作出明确说明；未作提示或者明确说明的，该条款不产生效力。

本保险合同成立后，保险人应当及时向投保人签发保险单或其他保险凭证。

保险人认为被保险人提供的有关索赔的证明和资料不完整的，应当及时一次性通知投保人、被保险人补充提供。

保险人收到被保险人的给付保险金的请求后，应当及时作出是否属于保险责任的核定；情形复杂的，应当在三十日内作出核定，**但因客观原因、不可抗力（释义34）、资料欠缺、被保险人因素等原因导致的延期除外。**

保险人应当将核定结果通知被保险人；对属于保险责任的，在与被保险人达成给付保险金的协议后十日内，履行赔偿保险金义务。保险人依照前款约定作出核定后，对不属于保险责任的，应当自作出核定之日起三日内向被保险人发出拒绝给付保险金通知书，并说明理由。

保险人自收到给付保险金的请求和有关证明、资料之日起六十日内，对其给付的数额不能确定的，应当根据已有证明和资料可以确定的数额先予支付；保险人最终确定给付的数额后，应当支付相应的差额。

十、投保人、被保险人义务

投保人应当按本保险合同的约定缴纳保险费。

订立保险合同环节，保险人就保险标的或者被保险人的有关情况提出询问的，投保人应当如实告知。

投保人故意或者因重大过失未履行前款规定的义务，足以影响保险人决定是否同意承保或者提高保险费率的，保险人有权解除本保险合同。

前款规定的合同解除权，自保险人知道有解除事由之日起，超过三十日不行使而消灭。

投保人故意不履行如实告知义务的，保险人对于合同解除前发生的保险事故，不承担给付保险金责任，并不退还保险费。

投保人因重大过失未履行如实告知义务，对保险事故的发生有严重影响的，保险人对于合同解除前发生的保险事故，不承担给付保险金责任，但应当退还保险费。

保险人在合同订立时已经知道投保人未如实告知的情况的，保险人不得解除合同；发生保险事故的，保险人应当承担给付保险金责任。

投保人住所或通讯地址变更时，应及时以书面形式通知保险人。投保人未通知的，保险人按本保险合同所载的最后住所或通讯地址发送的有关通知，均视为已送达投保人。

投保人、被保险人或者保险金受益人知道保险事故发生后，应当及时通知保险人。故意或者因重大过失未及时通知，致使保险事故的性质、原因、损失程度等难以确定的，保险人对无法确定的部分，不承担给付保险金责任，但保险人通过其他途径已经及时知道或者应当及时知道保险事故发生的除外。

上述约定，不包括因不可抗力而导致的迟延。

十一、保险金申请

保险金申请人向保险人申请保险金时，应提交以下材料。保险金申请人因特殊原因不能提供以下材料的，应提供其他合法有效的相关材料。**保险金申请人未能提供有关材料，导致保险人无法核实该申请的真实性的，保险人对无法核实部分不承担给付保险金的责任。**

1. 保险金申请人完整填写的索赔申请表并签名确认；
2. 被保险人、保险金申请人的有效身份证件；
3. 受益人为无民事行为能力人或限制民事行为能力人的，由其监护人代为申请保险金，需提供监护人的身份证明等资料及与被保险人的关系证明复印件（未满18周岁适用）；
4. 医院出具的完整病历资料，包括诊断证明、门（急）诊病历、处方、住院病历或出院记录、检查检验报告、医疗费用发票原件、费用清单等；
5. 已从其他途径获得医疗费用补偿的，还应提供医疗费用分割单或医疗费用结算证明原件；
6. 若受益人委托他人申请等，还应提供授权委托书原件、委托人和受托人的身份证明等相关证明文件。
7. 保险金申请人所能提供的与确认保险事故的性质、原因、损失程度等有关的其他证明和资料。

在保险人的理赔审核过程中，**保险人有权在合理的范围内对索赔的被保险人进行医疗检查。**此类检查费用由保险人承担。

保险金申请人向保险人请求给付保险金的诉讼时效期间依法律规定，自其知道或应当知道保险事故发生之日起计算。

十二、合同解除

在本保险合同成立后，投保人可以书面形式通知保险人解除合同。投保人解除本保险合同时，应提供下列证明文件和资料：

1. 保险合同解除通知书；
2. 其它保险人要求提供的资料；

投保人要求解除本保险合同，自保险人接到保险合同解除通知书之时起，本保险合同的效力终止。保险人

收到上述证明文件和资料之日起30日内退还保险合同的**未满期净保费**（释义35）。若**保险人已根据本保险合同约定给付任何保险金，则退还的未满期净保费为零。**

十三、争议及法律适用

因履行本保险合同发生的争议，由当事人协商解决。协商不成的，提交保险单载明的仲裁机构仲裁；保险单未载明仲裁机构或者争议发生后未达成仲裁协议的，依法向人民法院起诉。

与本保险合同有关的以及履行本保险合同产生的一切争议处理适用中华人民共和国法律（不包括港澳台地区法律）。

十四、释义

释义1：保险人

指与投保人签订本保险合同的京东安联财产保险有限公司及其分支机构。

释义2：周岁

指按有效身份证件中记载的出生日期计算的年龄，自出生之日起为零周岁，每经过一年增加一岁，不足一年的不计。

释义3：意外伤害

指外来的、突发的、非本意的和非疾病的使身体受到伤害的客观事件。

释义4：等待期

等待期又称观察期或免责期，以保险单约定时间为准。**等待期自本保险合同生效之日起计算，在等待期内发生保险事故的，保险人不承担给付保险金的责任。**

释义5：症状

指被保险人病后对机体生理功能异常的自身体验和感觉。

释义6：体征

指被保险人的体表或内部结构发生可以察觉的改变。

释义7：境内

指中华人民共和国大陆地区，**不含香港特别行政区、澳门特别行政区及台湾地区。**

释义8：医疗机构

是指在中国大陆境内（不包括香港、澳门、台湾地区）合法的**二级（含）以上公立医院普通病房**，或保险人认可的医疗机构：

本保险合同中所指医疗机构不包括以下或类似的医疗机构：

- （1）精神病院；**
- （2）老人院、疗养院、戒毒中心和戒酒中心；**
- （3）健康中心或天然治疗所、疗养或康复医院。**

释义9：住院

是指被保险人因意外伤害或疾病而入住医疗机构之正式病房接受全日24小时监护治疗的过程，并正式办理出入院手续。

释义10：必需且合理的

（1）符合通常惯例：指与接受医疗服务所在地通行治疗规范、通行治疗方法、平均医疗费用价格水平一致的费用。

对是否符合通常惯例由保险人根据客观、审慎、合理的原则进行审核；如果被保险人对审核结果有不同意见，可由双方认同的权威医学机构或者权威医学专家进行审核鉴定。

（2）医学必需：指医疗费用符合下列所有条件：

- 2.1 治疗意外伤害或者疾病所必需的项目；**
- 2.2 不超过安全、足量治疗原则的项目；**

2.3 由医生开具的处方药；

2.4 非试验性的、非研究性的项目；

2.5 与接受治疗当地普遍接受的医疗专业实践标准一致的项目。

对是否医学必需由保险人根据客观、审慎、合理的原则进行审核；如果被保险人对审核结果有不同意见，可由双方认同的权威医学机构或者权威医学专家进行审核鉴定。

释义 11：床位费

指被保险人使用的医院床位的费用。

释义 12：膳食费

指实际发生的、由医院提供的合理的、符合惯常标准的膳食费用，但不包括购买的个人用品。

释义 13：护理费

指根据医嘱所示的护理等级确定的护理费用。

释义 14：检查检验费

指实际发生的、以诊断疾病为目的，采取必要的医学手段进行检查及检验而发生的合理的检查检验费用，包括诊查费、妇检费、X光费、心电图费、B超费、脑电图费、内窥镜费、肺功能仪费、分子生化检验费和血、尿、便常规检验费等。

释义 15：治疗费

指以治疗疾病为目的，提供必要的医学手段而发生的合理的医务人员技术劳务费和医疗器械使用费，以及消耗品的费用，包括注射费、机疗费、理疗费、输血费、输氧费、体外反搏费等。

释义 16：药品费

指实际发生的合理且必要的由医生开具的具有国家药品监督管理部门核发的药品批准文号或者进口药品注册证书、医药产品注册证书的国产或进口药品的费用。但不包括营养补充类药品，免疫功能调节类药品（肿瘤免疫疗法不受此限），美容及减肥类药品，预防类药品，以及下列中药类药品：

（1）主要起营养滋补作用的单方、复方中药或中成药，如花旗参，冬虫草，白糖参，朝鲜红参，玳瑁，蛤蚧，珊瑚，狗宝，红参，琥珀，灵芝，羚羊角尖粉，马宝，玛瑙，牛黄，麝香，西红花，血竭，燕窝，野山参，移山参，珍珠（粉），紫河车，阿胶，阿胶珠，血宝胶囊，红桃K口服液，十全大补丸，十全大补膏等；

（2）部分可以入药的动物及动物脏器，如鹿茸，海马，胎盘，鞭，尾，筋，骨等；

（3）用中药材和中药饮片炮制的各类酒制剂等。

释义 17：手术费

指当地卫生行政部门规定的手术项目的费用。包括手术室费、麻醉费、手术监测费、手术材料费、术中用药费、手术设备费；若因器官移植而发生的手术费用，不包括器官本身的费用和获取器官过程中的费用。

释义 18：恶性肿瘤

包含恶性肿瘤重度及恶性肿瘤轻度，具体如下：

恶性肿瘤——重度

指恶性细胞不受控制的进行性增长和扩散，浸润和破坏周围正常组织，可以经血管、淋巴管和体腔扩散转移到身体其它部位，病灶经**组织病理学检查**（见释义 36）（涵盖骨髓病理学检查）结果明确诊断，临床诊断属于世界卫生组织（WHO，World Health Organization）《疾病和有关健康问题的国际统计分类》第十次修订版（ICD-10）（见释义 37）的恶性肿瘤类别及《国际疾病分类肿瘤学专辑》第三版（ICD-O-3）（见释义 37）的肿瘤形态学编码属于 3、6、9（恶性肿瘤）范畴的疾病。

下列疾病不属于“恶性肿瘤——重度”，不在保障范围内：

（1）ICD-O-3 肿瘤形态学编码属于 0（良性肿瘤）、1（动态未定性肿瘤）、2（原位癌和非侵袭性癌）范畴的疾病，如：

- a. 原位癌，癌前病变，非浸润性癌，非侵袭性癌，肿瘤细胞未侵犯基底层，上皮内瘤变，细胞不典型性增生等；
- b. 交界性肿瘤，交界恶性肿瘤，肿瘤低度恶性潜能，潜在低度恶性肿瘤等；
- (2) TNM 分期为 I 期或更轻分期的甲状腺癌；
- (3) TNM 分期为 T1N0M0 期或更轻分期的前列腺癌；
- (4) 黑色素瘤以外的未发生淋巴结和远处转移的皮肤恶性肿瘤；
- (5) 相当于 Binet 分期方案 A 期程度的慢性淋巴细胞白血病；
- (6) 相当于 Ann Arbor 分期方案 I 期程度的何杰金氏病；
- (7) 未发生淋巴结和远处转移且 WHO 分级为 G1 级别（核分裂像 $<10/50$ HPF 和 $ki-67 \leq 2\%$ ）或更轻分级的神经内分泌肿瘤。

恶性肿瘤——轻度

指恶性细胞不受控制的进行性增长和扩散，浸润和破坏周围正常组织，可以经血管、淋巴管和体腔扩散转移到身体其它部位，病灶经**组织病理学检查**（涵盖骨髓病理学检查）结果明确诊断，临床诊断属于世界卫生组织（WHO，World Health Organization）《疾病和有关健康问题的国际统计分类》第十次修订版（ICD-10）的恶性肿瘤类别及《国际疾病分类肿瘤学专辑》第三版（ICD-O-3）的肿瘤形态学编码属于 3、6、9（恶性肿瘤）范畴，但不在“恶性肿瘤——重度”保障范围内的疾病，且特制下列六项之一：

- (1) TNM 分期为 I 期或更轻分期的甲状腺癌；
- (2) TNM 分期为 T1N0M0 期或更轻分期的前列腺癌；
- (3) 黑色素瘤以外的未发生淋巴结和远处转移的皮肤恶性肿瘤；
- (4) 相当于 Binet 分期方案 A 期程度的慢性淋巴细胞白血病；
- (5) 相当于 Ann Arbor 分期方案 I 期程度的何杰金氏病；
- (6) 未发生淋巴结和远处转移且 WHO 分级为 G1 级别（核分裂像 $<10/50$ HPF 和 $ki-67 \leq 2\%$ ）或更轻分级的神经内分泌肿瘤。

下列疾病不属于“恶性肿瘤——轻度”，不在保障范围内：

ICD-O-3 肿瘤形态学编码属于 0（良性肿瘤）、1（动态未定性肿瘤）、2（原位癌和非侵袭性癌）范畴的疾病，如：

- a. 原位癌，癌前病变，非浸润性癌，非侵袭性癌，肿瘤细胞未侵犯基底层，上皮内瘤变，细胞不典型性增生等；
- b. 交界性肿瘤，交界恶性肿瘤，肿瘤低度恶性潜能，潜在低度恶性肿瘤等；

以上两种疾病为《重大疾病保险的疾病定义使用规范（2020 年修订版）》中列明的疾病。

释义 19：化学疗法

指针对恶性肿瘤的化学治疗。化疗是使用医学界公认的化疗药物以杀死癌细胞、抑制癌细胞生长繁殖为目的而进行治疗。本保险合同所指的化疗为被保险人根据医嘱，在医疗机构进行的静脉注射化疗，服用药物等方式的化疗。

释义 20：放射疗法

指针对恶性肿瘤的放射治疗。放疗是使用各种不同能量的射线照射肿瘤组织，以抑制和杀灭癌细胞为目的而进行治疗。本保险合同所指的放疗为被保险人根据医嘱，在医疗机构专门科室进行的放疗。

释义 21：肿瘤免疫疗法

指应用免疫学原理和方法，使用肿瘤免疫治疗药物提高肿瘤细胞的免疫原性和对效应细胞杀伤的敏感性，激发和增强机体抗肿瘤免疫应答，并应用免疫细胞和效应分子输注宿主体内，协同机体免疫系统杀伤肿瘤、

抑制肿瘤生长。本保险合同所指的肿瘤免疫治疗药物需符合法律、法规要求并经过国家食品药品监管总局批准用于临床治疗。

释义 22：肿瘤内分泌疗法

指针对恶性肿瘤的内分泌疗法，用药物抑制激素生成和激素反应，杀死癌细胞或抑制癌细胞的生长。本保险合同所指的内分泌治疗药物需符合法律、法规要求并经过国家食品药品监管总局批准用于临床治疗。

释义 23：肿瘤靶向疗法

指在细胞分子水平上，针对已经明确的致癌点来设计相应的靶向治疗药物，利用具有一定特异性的载体，将药物或其他杀伤肿瘤细胞的活性物质选择性地运送到肿瘤部位攻击癌细胞的疗法。本保险合同所指的靶向治疗药物需符合法律、法规要求并经过国家食品药品监管总局批准用于临床治疗。

释义 24：重大疾病

指符合以下定义所述条件的疾病、疾病状态或手术，共计一百种，其中序号 1-28 的重大疾病属于中国保险行业协会制定的《重大疾病保险的疾病定义使用规范（2020 年修订版）》（以下简称规范）的重大疾病范围，且疾病名称和疾病定义与“规范”一致，序号 29-100 的重大疾病为保险人增加的规范重大疾病范围以外的其他疾病，重大疾病的名称和定义如下：

序号	疾病名称	释义
1	恶性肿瘤-重度	指恶性细胞不受控制的进行性增长和扩散，浸润和破坏周围正常组织，可以经血管、淋巴管和体腔扩散转移到身体其它部位，病灶经组织病理学检查（涵盖骨髓病理学检查）结果明确诊断，临床诊断属于世界卫生组织（WHO，World Health Organization）《疾病和有关健康问题的国际统计分类》第十次修订版（ICD-10）的恶性肿瘤类别及《国际疾病分类肿瘤学专辑》第三版（ICD-O-3）的肿瘤形态学编码属于 3、6、9（恶性肿瘤）范畴的疾病。 下列疾病不属于“恶性肿瘤——重度”，不在保障范围内： （1）ICD-O-3 肿瘤形态学编码属于 0（良性肿瘤）、1（动态未定性肿瘤）、2（原位癌和非侵袭性癌）范畴的疾病，如： a. 原位癌，癌前病变，非浸润性癌，非侵袭性癌，肿瘤细胞未侵犯基底层，上皮内瘤变，细胞不典型性增生等； b. 交界性肿瘤，交界恶性肿瘤，肿瘤低度恶性潜能，潜在低度恶性肿瘤等； （2）TNM 分期为 I 期或更轻分期的甲状腺癌； （3）TNM 分期为 T1N0M0 期或更轻分期的前列腺癌； （4）黑色素瘤以外的未发生淋巴结和远处转移的皮肤恶性肿瘤； （5）相当于 Binet 分期方案 A 期程度的慢性淋巴细胞白血病； （6）相当于 Ann Arbor 分期方案 I 期程度的何杰金氏病； （7）未发生淋巴结和远处转移且 WHO 分级为 G1 级别（核分裂像<10/50 HPF 和 ki-67≤2%）或更轻分级的神经内分泌肿瘤。
2	较重急性心肌梗死	急性心肌梗死指由于冠状动脉闭塞或梗阻引起部分心肌严重的持久性缺血造成急性心肌坏死。急性心肌梗死的诊断必须依据国际国内诊断标准，符合（1）检测到肌酸激酶同工酶（CK-MB）或肌钙蛋白（cTn）升高和/或降低的动态变化，至少一次达到或超过心肌梗死的临床诊断标准；（2）同时存在下列之一的证据，包括：缺血性胸痛症状、新发生的缺血性心电图改变、新生成的病理性 Q 波、影像学证据显示有新出现的心肌活性丧失或新出现局部室壁运动异常、冠脉造影证实存在冠状动脉血栓。 较重急性心肌梗死指依照上述标准被明确诊断为急性心肌梗死，并且必须同时满足下列至少一项条件：

		(1) 心肌损伤标志物肌钙蛋白 (cTn) 升高, 至少一次检测结果达到该检验正常参考值上限的 15 倍 (含) 以上; (2) 肌酸激酶同工酶 (CK-MB) 升高, 至少一次检测结果达到该检验正常参考值上限的 2 倍 (含) 以上; (3) 出现左心室收缩功能下降, 在确诊 6 周以后, 检测左室射血分数 (LVEF) 低于 50% (不含); (4) 影像学检查证实存在新发的乳头肌功能失调或断裂引起的中度 (含) 以上的二尖瓣反流; (5) 影像学检查证实存在新出现的室壁瘤; (6) 出现室性心动过速、心室颤动或心源性休克。 其他非冠状动脉阻塞性疾病所引起的肌钙蛋白 (cTn) 升高不在保障范围内。
3	严重脑中风后遗症	指因脑血管的突发病变引起脑血管出血、栓塞或梗塞, 须由头颅断层扫描 (CT)、核磁共振检查 (MRI) 等影像学检查证实, 并导致神经系统永久性的功能障碍。神经系统永久性的功能障碍, 指疾病确诊 180 天后, 仍遗留下列至少一种障碍: (1) 一肢 (含) 以上肢体肌力 2 级 (含) 以下; (2) 语言能力完全丧失, 或严重咀嚼吞咽功能障碍; (3) 自主生活能力完全丧失, 无法独立完成六项基本日常生活 (释义 38) 活动中的三项或三项以上。
4	重大器官移植术或造血干细胞移植术	重大器官移植术, 指因相应器官功能衰竭, 已经实施了肾脏、肝脏、心脏、肺脏或小肠的异体移植手术。造血干细胞移植术, 指因造血功能损害或造血系统恶性肿瘤, 已经实施了造血干细胞 (包括骨髓造血干细胞、外周血造血干细胞和脐血造血干细胞) 的移植手术。
5	冠状动脉搭桥术 (或称冠状动脉旁路移植术)	指为治疗严重的冠心病, 已经实施了切开心包进行的冠状动脉血管旁路移植的手术。 所有未切开心包的冠状动脉介入治疗不在保障范围内。
6	严重慢性肾衰竭	指双肾功能慢性不可逆性衰竭, 依据肾脏病预后质量倡议 (K/DOQI) 制定的指南, 分期达到慢性肾脏病 5 期, 且经诊断后已经进行了至少 90 天的规律性透析治疗。规律性透析是指每周进行血液透析或每天进行腹膜透析。
7	多个肢体缺失	指因疾病或意外伤害导致两个或两个以上肢体自腕关节或踝关节近端 (靠近躯干端) 以上完全性断离。
8	急性重症肝炎或亚急性重症肝炎	指因肝炎病毒感染引起肝脏组织弥漫性坏死, 导致急性肝功能衰竭, 且经血清学或病毒学检查证实, 并须满足下列全部条件: (1) 重度黄疸或黄疸迅速加重; (2) 肝性脑病; (3) B 超或其它影像学检查显示肝脏体积急速萎缩; (4) 肝功能指标进行性恶化。
9	严重非恶性颅内肿瘤	指起源于脑、脑神经、脑被膜的非恶性肿瘤, ICD-O-3 肿瘤形态学编码属于 0 (良性肿瘤)、1 (动态未定性肿瘤) 范畴, 并已经引起颅内压升高或神经系统功能损害, 出现视乳头水肿或视觉受损、听觉受损、面部或肢体瘫痪、癫痫等, 须由头颅断层扫描 (CT)、核磁共振检查 (MRI) 或正电子发射断层扫描 (PET) 等影像学检查证实, 且须满足下列至少一项条件: (1) 已经实施了开颅进行的颅内肿瘤完全或部分切除手术; (2) 已经实施了针对颅内肿瘤的放射治疗, 如 γ 刀、质子重离子治疗等。 下列疾病不在保障范围内:

		(1) 脑垂体瘤； (2) 脑囊肿； (3) 颅内血管性疾病（如脑动脉瘤、脑动静脉畸形、海绵状血管瘤、毛细血管扩张症等）。
10	严重慢性肝衰竭	指因慢性肝脏疾病导致的肝衰竭，且须满足下列全部条件： (1) 持续性黄疸； (2) 腹水； (3) 肝性脑病； (4) 充血性脾肿大伴脾功能亢进或食管胃底静脉曲张。 因酗酒或药物滥用导致的肝衰竭不在保障范围内。
11	严重脑炎后遗症或严重脑膜炎后遗症	指因患脑炎或脑膜炎导致的神经系统永久性的功能障碍。神经系统永久性的功能障碍，指经相关专科医生确诊疾病180天后，仍遗留下列至少一种障碍： (1) 一肢（含）以上肢体肌力2级（含）以下； (2) 语言能力完全丧失，或严重咀嚼吞咽功能障碍； (3) 由具有评估资格的专科医生根据临床痴呆评定量表（CDR, Clinical Dementia Rating）评估结果为3分； (4) 自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上。
12	深度昏迷	指因疾病或意外伤害导致意识丧失，对外界刺激和体内需求均无反应，昏迷程度按照格拉斯哥昏迷分级（GCS, Glasgow Coma Scale）结果为5分或5分以下，且已经持续使用呼吸机及其他生命维持系统96小时以上。 因酗酒或药物滥用导致的深度昏迷不在保障范围内。
13	双耳失聪	指因疾病或意外伤害导致双耳听力永久不可逆性（释义39）丧失，在500赫兹、1000赫兹和2000赫兹语音频率下，平均听阈大于等于91分贝，且经纯音听力测试、声导抗检测或听觉诱发电位检测等证实。
14	双目失明	指因疾病或意外伤害导致双眼视力永久不可逆性丧失，双眼中较好眼须满足下列至少一项条件： (1) 眼球缺失或摘除； (2) 矫正视力低于0.02（采用国际标准视力表，如果使用其它视力表应进行换算）； (3) 视野半径小于5度。
15	瘫痪	指因疾病或意外伤害导致两肢或两肢以上肢体随意运动功能永久完全丧失。肢体随意运动功能永久完全丧失，指疾病确诊180天后或意外伤害发生180天后，每股三大关节中的两大关节仍然完全僵硬，或肢体肌力在2级（含）以下。
16	心脏瓣膜手术	指为治疗心脏瓣膜疾病，已经实施了切开心脏进行的心脏瓣膜置换或修复的手术。 所有未切开心脏的心脏瓣膜介入手术不在保障范围内。
17	严重阿尔茨海默病	指因大脑进行性、不可逆性改变导致智能严重衰退或丧失，临床表现为严重的认知功能障碍、精神行为异常和社交能力减退等，其日常生活必须持续受到他人监护。须由头颅断层扫描（CT）、核磁共振检查（MRI）或正电子发射断层扫描（PET）等影像学检查证实，并经相关专科医生确诊，且须满足下列至少一项条件： (1) 由具有评估资格的专科医生根据临床痴呆评定量表（CDR, Clinical Dementia Rating）评估结果为3分； (2) 自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上。 阿尔茨海默病之外的其他类型痴呆不在保障范围内。

18	严重脑损伤	指因头部遭受机械性外力，引起脑重要部位损伤，导致神经系统永久性的功能障碍。须由头颅断层扫描（CT）、核磁共振检查（MRI）或正电子发射断层扫描（PET）等影像学检查证实。神经系统永久性的功能障碍，指脑损伤180天后，仍遗留下列至少一种障碍： （1）一肢（含）以上肢体肌力2级（含）以下； （2）语言能力完全丧失，或严重咀嚼吞咽功能障碍； （3）自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上。
19	严重原发性帕金森病	是一种中枢神经系统的退行性疾病，临床表现为运动迟缓、静止性震颤或肌强直等，经相关专科医生确诊，且须满足自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上。 继发性帕金森综合征、帕金森叠加综合征不在保障范围内。
20	严重 III 度烧伤	指烧伤程度为III度，且III度烧伤的面积达到全身体表面积的 20%或 20%以上。体表面积根据《中国新九分法》计算。
21	严重特发性肺动脉高压	指不明原因的肺动脉压力持续性增高，进行性发展而导致的慢性疾病，已经造成永久不可逆性的体力活动能力受限，达到美国纽约心脏病学会（New York Heart Association, NYHA）心功能状态分级 IV 级，且静息状态下肺动脉平均压在 36mmHg（含）以上。
22	严重运动神经元病	是一组中枢神经系统运动神经元的进行性变性疾病，包括进行性脊肌萎缩症、进行性延髓麻痹症、原发性侧索硬化症、肌萎缩性侧索硬化症，经相关专科医生确诊，且须满足下列至少一项条件： （1）严重咀嚼吞咽功能障碍； （2）呼吸肌麻痹导致严重呼吸困难，且已经持续使用呼吸机7天（含）以上； （3）自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上。
23	语言能力丧失	指因疾病或意外伤害导致语言能力完全丧失，经过积极治疗至少 12 个月（声带完全切除不受此时间限制），仍无法通过现有医疗手段恢复。 精神心理因素所致的语言能力丧失不在保障范围内。
24	重型再生障碍性贫血	指因骨髓造血功能慢性持续性衰竭导致的贫血、中性粒细胞减少及血小板减少，且须满足下列全部条件： （1）骨髓穿刺检查或骨髓活检结果支持诊断：骨髓细胞增生程度<正常的25%；如≥正常的25%但<50%，则残存的造血细胞应<30%； （2）外周血象须具备以下三项条件中的两项： ①中性粒细胞绝对值<0.5×10⁹/L； ②网织红细胞计数<20×10⁹/L； ③血小板绝对值<20×10⁹/L。
25	主动脉手术	指为治疗主动脉疾病或主动脉创伤，已经实施了开胸（含胸腔镜下）或开腹（含腹腔镜下）进行的切除、置换、修补病损主动脉血管、主动脉创伤后修复的手术。主动脉指升主动脉、主动脉弓和降主动脉（含胸主动脉和腹主动脉），不包括升主动脉、主动脉弓和降主动脉的分支血管。 所有未实施开胸或开腹的动脉内介入治疗不在保障范围内。
26	严重慢性呼吸衰竭	指因慢性呼吸系统疾病导致永久不可逆性的呼吸衰竭，经过积极治疗180天后满足以下所有条件： （1）静息时出现呼吸困难；

		(2) 肺功能第一秒用力呼气容积 (FEV1) 占预计值的百分比 <30%; (3) 在静息状态、呼吸空气条件下, 动脉血氧分压 (PaO2) <50mmHg。
27	严重克罗恩病	指一种慢性肉芽肿性肠炎, 具有特征性的克罗恩病 (Crohn 病) 病理组织学变化, 须根据组织病理学特点诊断, 且已经造成瘻管形成并伴有肠梗阻或肠穿孔。
28	严重溃疡性结肠炎	指伴有致命性电解质紊乱的急性暴发性溃疡性结肠炎, 病变已经累及全结肠, 表现为严重的血便和系统性症状体征, 须根据组织病理学特点诊断, 且已经实施了结肠切除或回肠造瘻术。
29	胰腺移植	指因胰腺功能衰竭, 已经实施了在全身麻醉下进行的胰腺的异体器官移植手术 (供体必须是人体器官)。 单纯胰岛移植、部分胰腺组织或细胞的移植不在保障范围内。
30	埃博拉病毒感染	指埃博拉病毒感染导致的出血性发热。埃博拉病必须经国家机关认可的有合法资质的传染病专家确诊, 并须满足下列全部条件: (1) 埃博拉病毒的存在必须经过实验室检查证实; (2) 存在皮肤粘膜出血, 呕血, 咯血, 便血或血尿等临床表现; (3) 感染埃博拉病毒并出现出血性发热持续三十 (30) 天以上, 且持续出现并发症。 单纯实验室诊断但没有临床出血表现的不在保障范围内。
31	丝虫病所致象皮肿	指因丝虫感染导致淋巴阻塞, 出现严重淋巴水肿, 达到国际淋巴学会淋巴肿分期第 III 期, 临床表现为肢体象皮肿, 患肢较健肢增粗 30% 以上, 日常生活不能自理。此病症须经专科医生根据临床表现和微丝蚴的化验结果确诊。
32	主动脉夹层血肿	指主动脉的内膜破裂导致血液流入主动脉壁中形成夹层动脉瘤。在本定义中, 主动脉指胸主动脉及腹主动脉而非其旁支。诊断必须由专科医生及检验结果证实, 检验包括电脑扫描, 磁共振扫描及磁共振血管造影或心导管检查的证明, 并有必要进行紧急修补手术。
33	克雅氏病 (CJD、人类疯牛病)	一种由动物传染而来的中枢神经系统变性性疾病, 大脑呈海绵状改变伴神经元缺失和胶质化。临床表现为进行性痴呆、不随意运动及抽搐、行动困难等等。疯牛病必须由权威医疗机构根据致病蛋白的发现而明确诊断。 疑似诊断不作为理赔依据。
34	破裂脑动脉瘤夹闭手术	指因脑动脉瘤破裂造成蛛网膜下腔出血, 被保险人实际接受了在全麻下进行的开颅动脉瘤夹闭手术。 脑动脉瘤 (未破裂) 预防性手术、颅骨打孔手术、动脉瘤栓塞手术、血管内手术及其他颅脑手术不在保障范围内。
35	经输血导致的人类免疫缺陷病毒感染	指被保险人感染上人类免疫缺陷病毒 (HIV) 并且满足下列全部条件: (1) 被保险人等待期后因输血而感染 HIV; (2) 提供输血治疗的输血中心或医院出具该项输血感染属医疗责任事故的报告, 或者法院终审裁定为医疗责任并且不准上诉; (3) 受感染的被保险人不是血友病患者。 任何因其他传播方式 (包括: 性传播或静脉注射毒品) 导致的 HIV 感染不在保障范围内。保险人保留获得使用被保险人的所有血液样本的权利, 并对这些样本进行独立检验。 满足条件的免疫缺陷病毒感染, 保险人承担本项疾病责任不受合同责任免除第二部分第 1) 点 “被保险人感染艾滋病病毒或患艾滋病” 的限制。

36	原发性硬化性胆管炎	指一种胆汁淤积综合征，其特征是肝内、肝外胆道因纤维化性炎症逐渐狭窄，并最终导致完全阻塞而发展为肝硬化。须经逆行胰胆管造影（ERCP）或经皮胆管造影（PTC）等影像学检查证实，且须满足下列全部条件： （1）总胆红素和直接胆红素同时升高，血清 ALP>200U/L； （2）持续性黄疸病史； （3）出现胆汁性肝硬化或门脉高压。 因肿瘤或胆管损伤等导致的继发性硬化性胆管炎不在保障范围内。
37	特发性慢性肾上腺皮质功能减退	指自身免疫性肾上腺炎（既往称：特发性肾上腺皮质萎缩）导致肾上腺萎缩和慢性肾上腺皮质功能减退。必须明确诊断，符合所有以下诊断标准： （1）血浆促肾上腺皮质激素（ACTH）水平测定大于 100pg/ml； （2）血浆和尿游离皮质醇及尿 17 羟皮质类固醇、17 酮皮质类固醇测定、血浆肾素活性、血管紧张素 II 和醛固酮测定，显示为原发性肾上腺皮质功能减退症； （3）促肾上腺皮质激素（ACTH）刺激试验显示为原发性肾上腺皮质功能减退症。
38	系统性红斑狼疮 —（并发）III 型或以上狼疮性肾炎	系统性红斑狼疮是由多种因素引起，累及多系统的自身免疫性疾病。其特点是生成自身抗体对抗多种自身抗原。多见于育龄妇女。 本保险合同所指的系统性红斑狼疮仅限于累及肾脏（经肾脏活检确认的，符合 WHO 诊断标准定义 III 型或 III 型以上狼疮性肾炎）的系统性红斑狼疮。其他类型的红斑性狼疮，如盘状狼疮、仅累及血液及关节的狼疮不在保障范围内。 世界卫生组织（WHO）狼疮性肾炎分型： I 型 微小病变型 II 型 系膜病变型 III 型 局灶及节段增生型 IV 型 弥漫增生型 V 型 膜型 VI 型 肾小球硬化型
39	严重类风湿性关节炎	指广泛分布的慢性进行性多关节病变，表现为关节严重变形，侵犯至少三个主要关节（腕关节、肘关节、肩关节、踝关节、膝关节、髋关节）或以下任一关节组（如手的多个指间、掌指关节，足的多个足趾、跖趾关节等）。类风湿性关节炎须明确诊断，并已达到类风湿性关节炎功能分类 IV 级的永久不可逆性关节功能障碍，且须满足下列全部条件： （1）晨僵； （2）对称性关节炎； （3）类风湿性皮下结节； （4）类风湿因子滴度升高； （5）X 线显示严重的关节（软骨和骨）破坏和关节畸形。
40	重症急性坏死性筋膜炎	是一种由细菌侵入皮下组织和筋膜引起的急性坏死性软组织感染，可伴有毒血症、败血症、中毒性休克、弥漫性血管内凝血及多器官衰竭。必须满足以下所有条件： （1）细菌培养和临床表现符合坏死性筋膜炎诊断标准； （2）病情迅速恶化，有脓毒血症表现； （3）受感染肢体被截肢（自腕关节或踝关节近端）。
41	急性坏死性胰腺炎开腹手术	指为治疗急性坏死性胰腺炎，实际实施了开腹进行的坏死组织清除术、病灶切除术或胰腺部分切除术。 为治疗因酒精中毒引起的急性坏死性胰腺炎的开腹手术不在保障范围内。

42	系统性硬皮病	一种系统性胶原血管病引起进行性的皮肤、血管和内脏器官的弥漫性纤维化。本病症须经本保险合同约定医院的专科医生明确诊断，并须满足下列全部条件： （1）由活检和血清学证据支持； （2）疾病已经影响到肺脏、心脏或肾脏等内脏器官并且达到下列标准之一： ①肺脏：已造成肺脏纤维化，并同时出现肺动脉高压和肺心病； ②心脏：心脏功能衰竭程度达到美国纽约心脏病学会心功能状态分级 IV 级； ③肾脏：已造成肾脏损害，并出现肾功能衰竭。 局限性硬皮病、嗜酸细胞筋膜炎和 CREST 综合征不在保障范围内。 美国纽约心脏协会分类标准心功能 IV 级是指有医院的医疗记录显示病人不能进行任何活动，休息时仍有心悸、呼吸困难等心力衰竭表现。
43	慢性复发性胰腺炎	指有腹痛等典型症状的胰腺炎反复发作，导致胰腺进行性破坏，并导致胰腺功能紊乱而导致严重糖尿病以及营养不良、恶液质。断层扫描（CT）证实胰腺存在广泛钙化，且必须接受酶替代以及胰岛素替代治疗 6 个月以上。诊断必须由本保险合同约定医院消化科专科医生确诊。 酒精导致的慢性复发性胰腺炎不在保障范围内。
44	严重肌营养不良症	指一组原发于肌肉的遗传性疾病，临床表现为与神经系统无关的肌肉无力和肌肉萎缩。且须满足下列全部条件： （1）肌肉组织活检结果满足肌营养不良症的肌肉细胞变性、坏死等阳性改变； （2）自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上。 保险人承担本项疾病责任不受本保险合同中“遗传性疾病，先天性畸形、变形或染色体异常”的限制。
45	溶血性链球菌引起的坏疽	包围肢体或躯干的浅筋膜和/或深筋膜受到溶血性链球菌的感染，病情在短时间内急剧恶化，已经立刻进行了手术及清创术。最后的诊断必须由微生物或病理学专家进行相关检查后证实。
46	因职业关系导致的 HIV 感染	被保险人在其常规职业工作过程中遭遇外伤，或职业需要处理血液或其它体液时感染上人类免疫缺陷病毒（HIV）。必须满足下列全部条件： （1）感染必须是在被保险人正在从事其职业工作中发生，该职业必须属于下列限定职业范围内的职业：医生和牙科医生、护士、医院化验室工作人员、医院护工、医生助理和牙医助理、救护车工作人员、助产士、消防队员、警察、狱警 （2）血清转化必须出现在事故发生后的 6 个月以内； （3）必须提供被保险人在所报事故发生后的 5 天以内进行的检查报告，该报告必须显示被保险人血液人类免疫缺陷病毒（HIV）阴性和/或人类免疫缺陷病毒（HIV）抗体阴性； （4）必须在事故发生后的 12 个月内证实被保险人体内存在人类免疫缺陷病毒（HIV）或人类免疫缺陷病毒（HIV）抗体。 保险人承担本项疾病责任不受合同责任免除第二部分第 1）点“被保险人感染艾滋病病毒或患艾滋病”的限制。
47	脊髓灰质炎	脊髓灰质炎指由于脊髓灰质炎病毒感染所致的瘫痪性疾病，临床表现为运动功能损害或呼吸无力。脊髓灰质炎必须明确诊断。本保险合同所称“脊髓灰质炎”仅指脊髓灰质炎造成的神经系统功能损害导致被保险人一肢或一肢以上肢体机能永久完全丧失的情形。肢体机能永久完全丧失，指疾病确诊 180 天后，每肢三大关节中

		的两大关节仍然完全僵硬，或不能随意识活动。 若无因此感染而导致麻痹性瘫痪的事实结果，以及其它病因所致的麻痹，例如格林巴利综合征则不属于本保险合同所指的脊髓灰质炎。
48	植物人状态	指由于严重颅脑外伤、缺氧持续状态、严重的脑炎或者某种神经毒素造成大脑或脑干严重损害，并导致意识丧失和中枢神经系统功能丧失，仅残存植物神经功能的疾病状态，且植物人状态须已持续 30 天以上。 因酗酒或者药物滥用导致的植物人状态不在保障范围内。
49	非阿尔茨海默病所致严重痴呆	指因阿尔茨海默病以外的脑的器质性疾病造成脑功能衰竭导致永久不可逆性严重痴呆，临床表现为明显的认知能力障碍、行为异常和社交能力减退。被保险人自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上，日常生活必须持续受到他人监护。导致痴呆的疾病必须明确诊断，并且由完整的临床、实验室和影像学检查结果证实。 神经官能症，精神疾病及酒精中毒所致脑损害不在保障范围内。
50	严重冠状动脉粥样硬化性心脏病(严重冠心病)	指经冠状动脉造影检查明确诊断为主要血管严重狭窄性病变，须满足下列至少一项条件： 1. 左冠状动脉主干和右冠状动脉中，一支血管管腔堵塞 75%以上，另一支血管管腔堵塞 60%以上； 2. 左前降支、左旋支和右冠状动脉中，至少一支血管管腔堵塞 75%以上，其他两支血管管腔堵塞 60%以上。 左前降支的分支血管、左旋支的分支血管及右冠状动脉的分支血管的狭窄不作为本保障的衡量指标。
51	多发性硬化	指中枢神经系统白质多灶性脱髓鞘病变，病变有时累及灰质。多发性硬化症必须由本保险合同约定医院的神经专科医生确诊。诊断须包括：永久的运动及感觉功能障碍必须不间断地持续至少六个月，必须有典型的脱髓鞘症状和运动及感觉功能障碍的客观证据，如腰穿、听觉诱发反应、视觉诱发反应和 MRI 检查的典型改变。 以下不在保障范围内： 德韦克综合症 其他脱髓鞘疾病
52	全身性（型）重症肌无力	重症肌无力是一种神经肌肉接头传递障碍所致的疾病，表现为局部或全身骨骼肌（特别是眼外肌）极易疲劳。疾病可以累及呼吸肌、上肢或下肢的近端肌群或全身肌肉，必须满足下列全部条件： （1）经药物治疗和胸腺切除治疗一年以上仍无法控制病情； （2）自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上。
53	严重原发性心脏病	指不明原因引起的一类心肌病变，包括原发性扩张型心肌病、原发性肥厚型心肌病及原发性限制型心肌病三种，病变必须已造成事实上心室功能障碍而出现明显的心功能衰竭(美国纽约心脏协会心功能分类标准心功能达 IV 级)，且有相关住院医疗记录显示 IV 级心功能衰竭状态持续至少一百八十天。该疾病索赔时须要经本保险合同约定心内科专科医生做出明确诊断。继发于全身性疾病或其它器官系统疾病以及由于酒精和药物滥用导致的心肌病不在保障范围内。 美国纽约心脏协会分类标准心功能 IV 级是指有医院的医疗记录显示病人不能进行任何活动，休息时仍有心悸、呼吸困难等心力衰竭表现。
54	严重心肌炎	指心肌局限性或弥漫性的急性或慢性炎症病变，导致心脏功能障碍，达到纽约心脏学会心功能分级状态分级 IV 级，且需持续至少 90 天。 美国纽约心脏协会分类标准心功能 IV 级是指有医院的医疗记录显示病人不能进行任何活动，休息时仍有心悸、呼吸困难等心力衰竭表现。

55	肺淋巴管肌瘤病	指一种弥漫性肺部疾病，主要病理改变为肺间质、支气管、血管和淋巴管内出现未成熟的平滑肌异常增生，同时需满足下列全部条件： (1) 经组织病理学诊断； (2) CT 显示双肺弥漫性囊性改变； (3) 血气提示低氧血症，动脉血氧分压（PaO₂）持续<50mmHg。
56	侵蚀性葡萄胎（或称恶性葡萄胎）	该类疾病是指异常增生的绒毛组织浸润性生长侵入子宫肌层或转移至其他器官或组织的葡萄胎，并已经进行化疗或手术治疗的，需要本保险合同约定医院的专科医生诊断并提供病理与血液检测以支持诊断。
57	III度房室传导阻滞	指心房激动在房室交界区、房室束及其分支内发生阻滞，不能正常地传到心室的心脏传导性疾病须满足下列所有条件： (1) 心电图显示房室搏动彼此独立，心室率<50 次/分钟； (2) 出现阿-斯综合征或心力衰竭的表现； (3) 必须持续性依赖心脏起搏器维持心脏正常功能，且已经放置心脏起搏器。
58	感染性心内膜炎	是指由感染性微生物导致的心脏内膜炎症，并须符合下列所有条件： (1) 血液细菌培养结果呈阳性，证明感染性微生物的存在； (2) 感染性心内膜炎导致最少中度的心脏瓣膜关闭不全（即返流部分面积达 20%或以上）或中度的心脏瓣膜狭窄（即心脏瓣膜面积为正常值的 30%或以下）； (3) 感染性心内膜炎的诊断及瓣膜受损的严重程度必须由本保险合同约定医院的心脏病专科注册医生确定，并提供超声心动图或放射影像学检查结果报告以支持诊断。
59	肝豆状核变性 (Wilson's disease)	威尔逊氏病是一种可能危及生命的铜代谢疾病，以铜沉积造成的渐进性肝功能损害及/或神经功能恶化为特征。必须由本保险合同约定医院的专科注册医生通过肝脏活组织检查结果确定诊断并配合螯合剂治疗持续至少 6 个月。
60	肺源性心脏病	指由于各种胸肺及支气管病变而继发的肺动脉高压，最后导致以右室肥大为特征的心脏病。须经本合同约定的呼吸专科医生确诊，且必须同时满足如下诊断标准： (1) 左心房压力增高（不低于 20 个单位）； (2) 肺血管阻力高于正常值 3 个单位（Pulmonary Resistance）； (3) 肺动脉血压不低于 40 毫米汞柱； (4) 肺动脉楔压不低于 6 毫米汞柱； (5) 右心室心脏舒张期末压力不低于 8 毫米汞柱； (6) 右心室过度肥大、扩张，出现右心衰竭和呼吸困难。
61	肾髓质囊性病	肾髓质囊性病的诊断须同时符合下列要求： (1) 肾髓质有囊肿、肾小管萎缩及间质纤维化等病理改变； (2) 肾功能衰竭； (3) 诊断须由肾组织活检确定。 保险人承担本项疾病责任不受本保险合同中“遗传性疾病，先天性畸形、变形或染色体异常”的限制。
62	严重继发性肺动脉高压	继发性肺动脉压力持续增高，导致右室肥厚，已经造成永久不可逆性的体力活动能力受限，达到美国纽约心脏病学会心功能状态分级 IV 级。诊断需要由心脏科专家确诊，并且心导管检查报告显示静息状态下肺动脉平均压超过 40mmHg。 所有先天性心脏疾病直接或间接引起的肺动脉高压也不在保障责任范围内。 美国纽约心脏协会分类标准心功能 IV 级是指有医院的医疗记录显示病人不能进行任何活动，休息时仍有心悸、呼吸困难等心力衰竭表现。

63	进行性核上性麻痹	一种隐袭起病、逐渐加重的神经系统变性疾病。本疾病必须由本保险合同约定医院的神经科专科医生确诊，并须满足下列所有条件： (1) 步态共济失调； (2) 对称性眼球垂直运动障碍； (3) 假性球麻痹，表现为构音障碍和吞咽困难。
64	失去一肢及一眼	因疾病或意外伤害导致单眼视力丧失及任何一肢自腕关节或踝关节近端（靠近躯干端）以上完全性断离。 单眼视力丧失指单眼视力永久不可逆性丧失，患眼须满足下列至少一项条件： (1) 眼球缺失或摘除； (2) 矫正视力低于 0.02（采用国际标准视力表，如果使用其它视力表应进行换算）； (3) 视野半径小于 5 度。 被保险人在 3 周岁之前因疾病导致单眼视力丧失不在保障范围内。
65	嗜铬细胞瘤	是指肾上腺或嗜铬外组织出现神经内分泌肿瘤，并分泌过多的儿茶酚胺类，嗜铬细胞瘤的诊断必须由本保险合同约定医院的内分泌专科医生确定，并且已经接受手术以切除肿瘤。
66	小肠移植	指因肠道疾病或外伤，已经实施了在全身麻醉下进行的小肠的异体器官移植手术。此手术必须由本保险合同医院的专科医生认为是医学上必需的情况下进行。
67	颅脑手术	被保险人确已实施全麻下的开颅手术（不包括颅骨钻孔手术和经鼻蝶窦入颅手术）。因外伤而实施的脑外科手术不在保障范围之内。 理赔时必须提供由本保险合同约定医院神经外科医生出具的诊断书及手术报告。
68	严重自身免疫性肝炎	自身免疫性肝炎是一种原因不明的慢性肝脏的坏死性炎性疾病，机体免疫机制被破坏，产生针对肝脏自身抗原的抗体导致自身免疫反应，从而破坏肝细胞造成肝脏炎症坏死，进而发展为肝硬化。必须满足所有以下条件： (1) 高 γ 球蛋白血症； (2) 血液中存在高水平的自身免疫抗体，如 ANA（抗核抗体）、SMA（抗平滑肌抗体）、抗 LKM1 抗体或抗-SLA/LP 抗体； (3) 肝脏活检证实免疫性肝炎； (4) 临床已经出现腹水、食道静脉曲张和脾肿大等肝硬化表现。
69	骨髓纤维化	一种因纤维组织取代正常骨髓从而导致贫血、白血球及血小板含量过低及脾脏肿大的疾病。申请理赔时，被保险人须已经接受输血治疗至少六个月，并且每个月至少一次。骨髓纤维化的诊断必须由本保险合同约定医院的专科医师作出。理赔时需提供骨髓穿刺检查诊断报告。
70	严重获得性或继发性肺泡蛋白质沉积症	因获得性或继发性原因或导致双肺肺泡和细支气管腔内充满不可溶性富磷脂蛋白的疾病。理赔时须满足下列所有条件： (1) 支气管镜活检或开胸肺活检病理检查证实肺泡内充满有过碘酸雪夫（PAS）染色阳性的蛋白样物质； (2) 被保人因中重度呼吸困难或低氧血症而实际已行全身麻醉下的全肺灌洗治疗。
71	严重慢性缩窄性心包炎	由于慢性心包炎症导致心包广泛瘢痕粘连、增厚和钙化，心包腔闭塞使心脏和大血管根部受压，致使心脏舒张充盈受限而产生血液循环障碍。 被保险人被明确诊断为慢性缩窄性心包炎且必须满足以下条件之一： (1) 心功能衰竭达到美国纽约心脏病学会心功能状态分级 IV 级，并持续 180 天以上； (2) 实际接受了以下任何一种手术路径的心包剥脱或心包切除手术。 胸骨正中切口；双侧前胸切口；左前胸肋间切口。

		经胸腔镜、胸壁打孔进行的手术、心包粘连松解手术不在保障范围内。 美国纽约心脏协会分类标准心功能 IV 级是指有医院的医疗记录显示病人不能进行任何活动，休息时仍有心悸、呼吸困难等心力衰竭表现。
72	胆道重建手术	指因疾病或胆道创伤导致接受涉及胆总管小肠吻合术的胆道重建手术。手术必须在本保险合同约定医院的专科医生认为是医疗所需的情况下进行。 胆道闭锁并不在保障范围内。
73	细菌性脑脊髓膜炎后遗症	指因脑膜炎双球菌感染引起脑脊髓膜化脓性病变，且导致永久性神经损害，持续 90 天以上，并且脑脊液检查显示脑膜炎双球菌阳性。永久性神经损害是指由细菌性脑脊髓膜炎引起的耳聋、失明、动眼神经麻痹、瘫痪、脑积水的损害，且上述症状持续 90 天以上仍无改善迹象。
74	斯蒂尔病 Still's Disease	斯蒂尔病须满足下列全部条件： (1) 因该病引致广泛性关节破坏，以致需要进行髌及膝关节置换； (2) 由本保险合同约定医院的风湿病专科医生确诊。
75	重症手足口病	是由肠道病毒引起的急性传染病，主要症状表现为手、足、口腔等部位的斑丘疹、疱疹。重症手足口病必须符合下列全部条件： (1) 本保险合同约定医院的专科医生诊断为手足口病； (2) 伴有所列危重并发症之一：脑膜炎、脑炎、脑脊髓炎、肺水肿或心肌炎； (3) 接受了住院治疗。
76	严重结核性脑膜炎	由结核杆菌引起的脑膜和脊膜的非化脓性炎症性疾病。需满足以下全部条件： (1) 出现颅内压明显增高，表现头痛、呕吐和视乳头水肿； (2) 出现部分性、全身性癫痫发作或癫痫持续状态； (3) 视力减退、复视和面神经麻痹。 (4) 昏睡或意识模糊；
77	川崎病	为一种病因不明的系统性血管炎。本保险合同仅对诊断性检查证实川崎病并发动脉瘤或其他心血管异常并且实际接受了手术治疗的情况予以理赔。
78	严重肠道疾病并发症	严重肠道疾病或外伤导致小肠损害并发症，满足以下所有条件： (1) 至少切除了三分之二小肠； (2) 完全肠外营养支持三个月以上。
79	雷伊氏综合征 (严重瑞氏综合征)	指急性脑病合并肝脂肪变性和线粒体功能障碍，可有上呼吸道感染和水痘，而后出现持续性呕吐，谵妄，木僵，癫痫，昏迷；肝脏肿大，肝功能异常，肝脂肪变性。此诊断需由本保险合同约定医院的专科医生确诊，并且肝脏活检结果显示脂肪变性，电子显微镜下显示独特的线粒体形态学改变。
80	严重骨髓异常增生综合征	骨髓增生异常综合征是起源于造血干细胞的一组骨髓克隆增生异常的疾病，表现为无效造血、难治性血细胞减少，有转化为急性髓系白血病的风险。被保险人根据外周血和骨髓活检被明确诊断为骨髓增生异常综合征，并且满足以下所有条件： (1) FAB 分类为难治性贫血伴原始细胞增多 (RAEB)； (2) 根据“骨髓增生异常综合征修订国际预后积分系统 (IPSS-R)”积分 ≥ 3，属于中危及以上组。
81	冠状动脉血管成形术(冠状动脉粥样斑块切除术)	是指有心绞痛等心脏不适症状，经过血管造影技术检查证实同时存在两支(其中一支为左冠状动脉主干、左前降支或左回旋支)或更多支的冠状动脉血管发生严重的狭窄(狭窄程度在 70% 以上)，需要并且已实施冠状动脉粥样斑块切除术以改善血管的血流状况。索赔时必须提供血管造影的影像资料、报告、手术记录和病历。

82	骨生长不全	是指一种胶原病，特征为骨易碎，骨质疏松和易骨折。主要临床特点包括：发展迟缓、多发性骨折、进行性脊柱后侧凸及听力损害。该病种的检查必须依据身体检查，家族史，X线检查和皮肤活检报告资料确诊。
83	严重癫痫	本病的诊断须由本保险合同约定医院神经内科或儿科专科医生根据典型临床症状和脑电图及MRI、PET、CT等影相学检查做出。理赔时必须提供6个月以上的相关病历记录证明被保险人存在经抗癫痫药物治疗无效而反复发作的强直阵挛性发作或癫痫大发作，或者已行神经外科手术以治疗反复发作的癫痫。 除外： - 热性惊厥 - 没有全身性发作的失神发作（癫痫小发作）
84	疾病或外伤所致的智力障碍	因严重头部外伤或疾病造成被保险人智力低常（智力低于常态）。根据智商（IQ）智力低常分为轻度（IQ50-70）；中度（IQ35-50）；重度（IQ20-35）和极重度（IQ<20）。根据被保险人年龄采用对应的智力量表如韦克斯勒智力量表（儿童智力量表或成人智力量表）检测证实。智商的检测必须由保险人认可的专职心理测验工作者进行，心理检测工作者必须持有心理测量专业委员会资格认定书。 理赔时必须满足下列全部条件： （1）造成被保险人智力低常的严重头部外伤或疾病（以诊断日期为准）发生在被保险人满五周岁以后。 （2）由本保险合同约定医院儿科专科的主任医师级别的医生确诊被保险人由于严重头部创伤或疾病造成智力低常； （3）保险人认可的专职合格心理检测工作者做的心理检测证实被保险人智力低常IQ<50（中度、重度或极重度）； （4）被保险人的智力低常自诊断确认日起持续180天以上。
85	自体造血干细胞移植	指由于患者自身骨髓造血功能异常或为了达到治疗肿瘤的目的，采集患者自己的一部分造血干细胞，分离并深低温保存，再回输给患者使患者的造血功能和免疫功能重新恢复的一种治疗方法。此治疗必须由通过本保险合同约定医院的专科医生认为是医学上必需的情况下进行。
86	婴儿进行性脊髓萎缩症	该病是累及脊髓前角细胞及延髓运动核的神经元退行性变性病，在出生后两年内出现的脊髓和脑干神经前角细胞进行性机能障碍，伴随肌肉无力和延髓机能障碍。 该病必须经由本保险合同医院的神经科医师通过肌肉活检而确诊。理赔时必须提供肌肉活检的病理报告。 其它类型的脊肌萎缩症如II型中间型进行性脊肌萎缩症，III型少年型脊肌萎缩症（Kugelberg-Welander氏病）不在本保障范围之内。
87	因器官移植导致的人类免疫缺陷病毒感染	指因进行器官移植而感染上人类免疫缺陷病毒（HIV），且须满足下列全部条件： （1）在保障起始日或复效日之后，被保险人因治疗必需而实施器官移植，并且因器官移植而感染人类免疫缺陷病毒； （2）提供器官移植治疗的器官移植中心或医院出具的此次因器官移植感染人类免疫缺陷病毒，属于医疗事故的报告，或者法院终审裁定为医疗事故并且不准上诉； （3）提供器官移植治疗的器官移植中心或医院必须拥有合法经营执照； 任何因其他传播方式（包括：性传播或静脉注射毒品）导致的HIV感染不在保障范围内。 保险人承担本项疾病责任不受合同“被保险人感染艾滋病病毒或患艾滋病”的限制。

88	亚急性硬化性全脑炎	是麻疹或麻疹样病毒所致的一种中枢神经系统慢性感染。中枢神经系统呈现灰质和白质破坏为特征的慢性和急性混合存在的炎症。必须满足以下所有条件： （1）脑电图存在周期性复合波、脑脊液 r-球蛋白升高、脑脊液和血清中麻疹抗体滴定度升高； （2）被保险人出现运动障碍，自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上。
89	严重面部烧伤	指面部烧伤程度为Ⅲ度，即全层皮肤烧伤，包括表皮、真皮和皮下组织，且Ⅲ度烧伤的面积达到面部表面积 的 80%或者 80%以上。
90	进行性多灶性白质脑病	是一种亚急性脱髓鞘性脑病，常常发现于免疫缺陷的病人。必须根据脑组织活检以及本保险合同约定医院的神经专科医生的确诊。
91	艾森门格综合征	因心脏病导致的严重肺动脉高血压及右向左分流。诊断必须由本保险合同约定医院心脏专科医生经超声心动图和心导管检查证实及需符合以下所有标准： （1）平均肺动脉压高于 40mmHg； （2）肺血管阻力高于 3mm/L/min（Wood 单位）； （3）正常肺微血管楔压低于 15mmHg。
92	风湿热导致的 心脏瓣膜疾病	本保障须满足下列所有条件： （1）经由本保险合同约定医院的儿科专科医生根据已修订的 Jones 标准诊断证实罹患急性风湿热。 （2）因风湿热所导致一个或以上最少轻度心脏瓣膜关闭不全（即返流部份达 20%或以上）或狭窄的心瓣损伤（即心脏瓣面积为正常值的 30%或以下）。有关诊断必须由本保险合同约定医院的的心脏专科医生根据心瓣功能的定量检查证实。
93	脊髓小脑变性症	脊髓小脑变性症为一组以小脑萎缩和共济失调为主要临床特点的疾病。必须符合所有以下条件： （1）脊髓小脑变性症必须由本保险合同约定医院的神经专科医生诊断，并有以下证据支持 ① 影像学检查证实存在小脑萎缩； ② 临床表现存在共济失调、语言障碍和肌张力异常； （2）被保险人运动功能严重障碍，自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上。
94	多处臂丛神经根性撕脱	由于疾病或意外导致至少两根臂丛神经根性撕脱，所造成的手臂感觉功能与运动功能完全永久性丧失。该病必须由本保险合同约定医院的专科医生确诊，并且有完整的电生理检查结果证实。
95	原发性脊柱侧弯的矫正手术	指被保险人因原发性脊柱侧弯，在本保险合同约定医院实际实施了对该病的矫正确外科手术。但 由于先天性脊柱侧弯以及其他疾病或意外导致的继发性脊柱侧弯而进行的手术治疗不属于本保障责任。
96	弥漫性血管内凝血	指血液凝固系统和纤溶系统的过度活动导致微血管血栓形成、血小板及凝血因子耗竭和严重出血，需要输注血浆和浓缩血小板进行治疗，被保险人已经接受 ICU 重症监护病房的治疗，诊断必须由本保险合同约定医院专科医生的确诊。
97	严重出血性登革热	它涵盖了登革出血热世界卫生组织 3 期或 4 期的定义，需要登革休克综合症的明确证据和登革热感染的确认，以及登革热确诊血清学检测；并满足所有下列条件： （1）持续高烧的历史（至少两天）， （2）轻微或严重出血表现， （3）血小板减少症（小于等于 100000 每立方毫米）， （4）浓血症（haematocrit 增加了 20%或更多）

		(5) 血浆渗漏（即胸水，腹水或低蛋白血症等） (6) 登革休克综合征（DSS），由专科医生证实，并满足以下标准： ①低血压（小于 80 毫米汞柱）或窄脉冲压力（20 毫米汞柱或更小） ②组织低灌注，如冷，皮肤湿冷，尿少，或代谢性酸中毒。 WHO 分期标准： 第一期：发烧伴随有非特异性体质症状：血压带试验阳性是唯一出血现象。 第二期：第一期加上有自发性出血。 第三期：已呈现循环衰竭现象，如：脉搏弱、脉搏压变窄，血压变低，伴随有皮肤湿冷，坐立不安。 第四期：严重休克，血压脉搏量不到。
98	败血症导致的多器官功能障碍综合症	多器官功能障碍指败血症导致的并发症，一个或多个器官系统生理功能障碍，因该疾病住院至少 96 小时，并至少满足以下一条标准： (1) 呼吸衰竭，需要进行气管插管机械通气 (2) 凝血血小板计数$<50 \times 10^3$/微升 (3) 肝功能不全，胆红素$> 6\text{mg/dl}$ 或$> 102\mu\text{mol/L}$ (4) 需要用强心剂 (5) 昏迷格拉斯哥昏迷评分（GCS）≤ 9 (6) 肾功能衰竭，血清肌酐$>300 \mu\text{mol/L}$ 或$> 3.5\text{mg/dl}$ 或尿量$<500\text{ml/d}$ 附加标准，也必须满足： •败血症有血液和影像学检查证实 •住院重症监护病房最低 96 小时 •器官功能障碍维持至少 15 天 败血症引起的 MODS 的诊断应由本保险合同约定医院专科医生证实。非败血症引起的 MODS 不在保障范围内。
99	Brugada 综合征	由本保险合同约定医院的心脏科专科医生根据临床症状和典型心电图表现，明确诊断为 Brugada 综合征。经医生判断认为医疗必须并且已安装永久性心脏除颤器。
100	脑型疟疾	恶性疟原虫严重感染导致的脑病或脑型疟疾，以昏迷为主要特征。脑型疟疾的诊断须由本保险合同约定医院的专科医生确认，且外周血涂片存在恶性疟原虫。 其他明确病因导致的脑病不在保障范围内。

释义25：院外

指非被保险人就诊医院。

释义 26：外购药品及外购医疗器械费用

外购药品及外购医疗器械费用须同时满足以下条件：

(1) 该外购药品及外购医疗器械须在保险期间内购买，且为被保险人当前治疗必需的外购药品及外购医疗器械；

(2) 每次处方剂量不超过 30 日（含第 30 日）；

(3) 外购药品需具有国家药品监督管理部门核发的药品批准文号；外购医疗器械需具有中国国家药品监督管理局核发的医疗器械注册证编号；

(4) 外购药品及外购医疗器械的处方必须与国家药品监督管理部门批准的该药品说明书或医疗器械说明书中所列明的适应症相符合；

(5) 外购药品不包括营养补充类药品、免疫功能调节类药品、美容及减肥类药品、预防类药品，以及滋补类中草药，即以提高人体免疫力为主要用途的中草药及中成药，包括但不限于人参、阿胶、鹿角胶、龟鹿二仙胶、龟板胶、鳖甲胶、马宝、珊瑚、冬虫夏草、藏红花、羚羊、犀角、牛黄、香、鹿茸、铁皮枫斗以及用中药材和中药饮片泡制的各类酒制剂等；

(6) 外购药品不包括国家药品监督管理部门批准且已在中国境内上市的靶向药品和免疫治疗药品；

(7) 外购医疗器械不包括假体、义肢、轮椅、康复设备、按摩设备等需要长期使用或舒适性、便利性用途设备的购买、租赁和置换费用；

(8) 购买外购药品及外购医疗器械的药店需取得国家药品经营许可证，且该药店内具有医师、执业药师等专业人员提供服务。

对于不满足上述条件的外购药品及外购医疗器械费用，保险人不承担赔偿外购药品及外购医疗器械费用医疗保险金的责任。

释义 27：初次确诊

指自被保险人出生之日起第一次经医疗机构确诊患有某种疾病，而不是指自本保险合同生效之后第一次经医疗机构确诊患有某种疾病。特别的，本保险合同所约定的重大疾病中“恶性肿瘤—重度”的确诊日应为手术病理取材或病理活检取材日期。

释义 28：既往病症

在本保险合同生效前被保险人已知或应当知道的有关疾病或症状。通常有以下情况：

1. 本保险合同生效前，医生已有明确诊断，长期治疗未间断；
2. 本保险合同生效前，医生已有明确诊断，治疗后症状未完全消失，有间断用药情况；
3. 本保险合同生效前，医生已有明确诊断，但未接受任何治疗；
4. 本保险合同生效前，虽未经医生明确诊断和治疗，但症状已经明显足以促使被保险人引起注意并寻求诊断、治疗或护理的症状。

释义 29：职业病

指企业、事业单位和个体经济组织的劳动者在职业活动中，因接触粉尘、放射性物质和其他有毒、有害物质等因素而引起的疾病。职业病的认定需遵循《中华人民共和国职业病防治法》中的相关规定及鉴定程序。

释义 30：酒后驾驶

指经检测或鉴定，发生事故时车辆驾驶人员每百毫升血液中的酒精含量达到或超过一定的标准，被公安机关交通管理部门依法认定为饮酒后驾驶或醉酒后驾驶。

释义 31：无有效驾驶证

被保险人存在下列情形之一者：

- (1) 无驾驶证或驾驶证有效期已届满；
- (2) 驾驶的机动车与驾驶证载明的准驾车型不符；
- (3) 实习期内驾驶公共汽车、营运客车或者载有爆炸物品、易燃易爆化学物品、剧毒或者放射性等危险物品的机动车，实习期内驾驶的机动车牵引挂车；
- (4) 持未按规定审验的驾驶证，以及在暂扣、扣留、吊销、注销驾驶证期间驾驶机动车；
- (5) 使用各种专用机械车、特种车的人员无国家有关部门核发的有效操作证，驾驶营业性客车的驾驶人无国家有关部门核发的有效资格证书；
- (6) 依照法律法规或公安机关交通管理部门有关规定不允许驾驶机动车的其他情况下驾车。

释义 32：无有效行驶证

指下列情形之一：

- (1) 机动车被依法注销登记的；
- (2) 无公安机关交通管理部门核发的行驶证、号牌，或临时号牌或临时移动证的机动交通工具；
- (3) 未在规定检验期限内进行机动车安全技术检验或检验未通过的机动交通工具；
- (4) 依照法律法规或公安机关交通管理部门有关规定不允许机动车行驶的其他情况。

释义33：保险费约定缴纳日

指保险合同生效日在每期的对应日做为保险费缴纳日。如果当期无对应的同一日，则以该期最后一日为对应保险费缴纳日。

释义34：不可抗力

指不能预见、不能避免并不能克服的客观情况。

释义35：未满期净保费

除合同另有约定外，未满期净保费计算公式如下：

若保险费为分期缴付的：未满期净保费=当期保险费×[1-（当期保障已过天数/当期保障总天数）]×（1-10%）。经过天数不足一天的按一天计算。

若保险费为一次性缴付的：未满期净保费=保险费×[1-（保险单已经过天数/保险期间天数）]×（1-10%）。经过天数不足一天的按一天计算。

若本保险合同已发生保险金赔偿，则未满期净保费为零。

释义36：组织病理学检查

是通过局部切除、钳取、穿刺等手术方法，从患者机体采取病变组织块，经过包埋、切片后，进行病理检查的方法。

通过采集病变部位脱落细胞、细针吸取病变部位细胞、体腔积液分离病变细胞等方式获取病变细胞，制成涂片，进行病理检查的方法，属于细胞病理学检查，不属于组织病理学检查。

释义 37：ICD-10 与 ICD-O-3

《疾病和有关健康问题的国际统计分类》第十次修订版（ICD-10），是世界卫生组织（WHO）发布的国际通用的疾病分类方法。《国际疾病分类肿瘤学专辑》第三版（ICD-O-3），是 WHO 发布的针对 ICD 中肿瘤形态学组织学细胞类型、动态、分化程度的补充编码。其中形态学编码：0 代表良性肿瘤；1 代表动态未定性肿瘤；2 代表原位癌和非侵袭性癌；3 代表恶性肿瘤（原发性）；6 代表恶性肿瘤（转移性）；9 代表恶性肿瘤（原发性或转移性未肯定）。如果出现 ICD-10 与 ICD-O-3 不一致的情况，以 ICD-O-3 为准。

释义 38：六项基本日常生活

1) 穿衣：自己能够穿衣及脱衣；2) 移动：自己从一个房间到另一个房间；3) 行动：自己上下床或上下轮椅；4) 如厕：自己控制大小便；5) 进食：自己从已准备好的碗或碟中取食物放入口中；6) 洗澡：自己进行淋浴或盆浴。

六项基本日常生活活动能力的鉴定不适用于 0-3 周岁幼儿。

释义 39：永久不可逆性

指自疾病确诊或意外伤害发生之日起，经过积极治疗 180 日后，仍无法通过现有医疗手段恢复。

（本页结束）

一、附加保险合同订立

本附加保险合同（以下简称“本附加合同”）须附加于保险人主保险合同使用。除另有约定外，本附加合同的保险金受益人为被保险人本人。本附加合同仅用于互联网渠道销售。

二、保险责任

本附加合同的保险责任分为必选责任和可选责任，必选责任为投保人在投保时必须选择的部分，可选责任可由投保人决定是否投保，并载明于保险单或批单上，但不能单独投保可选责任。如投保人未选择投保可选责任，则本附加合同中涉及可选责任的约定不发生效力。

（一）必选责任：恶性肿瘤——重度院外特定药品费用保险金

在保险期间内，被保险人在等待期（见释义1）后经中华人民共和国境内（不包括香港、澳门、台湾地区）医院（见释义2）初次确诊（见释义3）罹患本附加合同所定义的“恶性肿瘤——重度（见释义4）”，且必须使用恶性肿瘤——重度院外特定药品治疗的，对被保险人治疗实际发生的必需且合理的恶性肿瘤——重度院外特定药品费用，保险人按照本附加合同的约定给付恶性肿瘤——重度院外特定药品费用保险金。保险人给付本项保险金须同时满足以下条件：

（1）该特定药品必须为本附加合同期满日前在中国国家药品监督管理局批准且已在中华人民共和国境内（不包括香港、澳门、台湾地区）上市的靶向药物（见释义5）和免疫治疗药物（见释义6），且在约定的恶性肿瘤——重度院外特定药品清单（见释义7）列表中；

（2）该特定药品须由医院专科医生开具处方（见释义8）且为被保险人当前治疗所罹患恶性肿瘤——重度必需且合理的药品；

（3）特定药品处方的开具与国家药品监督管理局批准的该药品说明书中所列明的适应症及用法、用量相符。

（4）每次特定药品处方剂量不超过三十日（含第三十日）；

（5）除另有约定外，被保险人购买处方中所列特定药品前，需按保险人指定流程提交相应材料并通过处方审核，具体流程见本附加合同“保险金的申请”中“恶性肿瘤——重度院外特定药品授权申请、药品处方审核和药品购买”。

对不满足上述任何一项条件的药品费用，保险人不承担给付恶性肿瘤——重度院外特定药品费用保险金的责任。

（二）必选责任：恶性肿瘤——重度特定药品基因检测（见释义9）费用保险金

在保险期间内，被保险人在等待期后，经中华人民共和国境内（不包括香港、澳门、台湾地区）医院初次确诊罹患本附加合同所定义的“恶性肿瘤——重度”，对于被保险人治疗实际发生的必需且合理的恶性肿瘤——重度特定药品基因检测费用，保险人按照本附加合同的约定给付恶性肿瘤——重度特定药品基因检测费用保险金。

保险人给付本项保险金须同时满足以下条件：

（1）恶性肿瘤——重度特定药品基因检测必须是为了确定被保险人在保险期间内等待期后初次确诊罹患本附加合同约定的恶性肿瘤——重度且为治疗该恶性肿瘤——重度而发生的必需且合理的、用药方案所发生的基因检测费用；

（2）恶性肿瘤——重度特定药品基因检测必须在保险人指定的基因检测机构（见释义10）内进行，被保险人进行恶性肿瘤——重度特定药品基因检测前，需按保险人指定流程提交相应材料并通过处方审核，具体流程见本附加合同“保险金的申请”中“恶性肿瘤——重度特定药品基因检测授权申请、审核和基因检

测”。

(3) 在保险期间内, 保险人所承担被保险人恶性肿瘤——重度特定药品基因检测费用的累计给付金额可由投保人和保险人在投保时单独约定, 并在保险单中载明。本项恶性肿瘤——重度特定药品基因检测费用仅承担恶性肿瘤——重度特定药品基因检测本身的费用, 不承担因恶性肿瘤——重度特定药品基因检测而产生的门诊或住院医疗费用。

对不满足上述任何一项条件的基因检测费用, 保险人不承担给付恶性肿瘤——重度特定药品基因检测费用保险金的责任。

(三) 必选责任: 指定疾病急需药品费用保险金

在保险期间内, 被保险人因意外伤害或在等待期后, 经中华人民共和国境内(不包括香港、澳门、台湾地区)医院初次确诊罹患本附加合同约定的《指定疾病急需药品清单》(见释义 11)中所列的一种或多种指定疾病(见释义 12), 治疗实际发生的、必需且合理的且同时满足以下条件的指定疾病急需药品费用, 保险人按照本附加合同的约定给付指定疾病急需药品费用保险金。

保险人给付本项保险金须同时满足以下条件:

- 1、该急需药品必须为本附加合同期满日前在中国国家药品监督管理局批准且已在中华人民共和国境内(不包括香港、澳门、台湾地区)上市的药物, 且在约定的药品清单列表中;
- 2、该特定药品须由医院专科医生开具处方, 且特定药品处方符合中国国家药品监督管理局批准的该药品说明书中所列明的适应症和用法用量, 且为被保险人当前治疗必需的药品;
- 3、每次特定药品处方剂量不超过三十日(含第三十日);
- 4、除另有约定外, 被保险人购买处方中所列特定药品须同时符合本附加合同“保险金申请”中“指定疾病急需药品费用授权申请、药品处方审核和药品购买”的规定。

对不满足上述任何一项条件的急需药品费用, 保险人不承担给付指定疾病急需药品费用保险金的责任。

(四) 可选责任: 临床急需进口特定药品费用保险金

在保险期间内, 被保险人在等待期后经中华人民共和国境内(不包括香港、澳门、台湾地区)医院初次确诊罹患本附加合同约定的《临床急需进口药品及适用疾病清单》(以下简称“进口药品及疾病清单”)(见释义 13)中所列的一种或多种特定疾病(见释义 14), 对被保险人治疗实际发生的、必需且合理的同时满足以下条件的临床急需进口特定药品(见释义 15)费用, 保险人按照本附加合同的约定给付临床急需进口特定药品费用保险金。

(1) 该特定药品须由本附加合同所约定的特定医疗机构(见释义 16)专科医生开具处方, 且特定药品处方符合中国国家药品监督管理局或出口国家或地区的药品监督管理部门批准的该药品说明书中所列明的适应症和用法用量, 为被保险人当前治疗必需的药品。

(2) 每次特定药品处方剂量不超过三十日(含第三十日);

(3) 开具的特定药品处方仅限治疗被保险人在等待期后初次确诊的本附加合同约定的进口药品及疾病清单中所列特定疾病;

(4) 该特定药品必须为保险人约定的进口药品及疾病清单中所列药品;

(5) 除另有约定外, 被保险人购买处方中所列特定药品前, 需按保险人指定流程提交相应材料并通过处方审核, 具体流程见本附加合同“保险金的申请”中“临床急需进口特定药品授权申请、药品处方审核和药品购买”。

对不满足上述任何一项条件的药品费用, 保险人不承担给付临床急需进口特定药品费用保险金的责任。

（五）可选责任：特定医疗器械费用保险金

在保险期间内，被保险人因意外伤害或在等待期后经中华人民共和国境内（不包括香港、澳门、台湾地区）医院初次确诊罹患本附加合同约定的《特定医疗器械清单》（见释义 17）中的指定适应症，且经医院专科医生诊断必须使用该指定适应症在约定的特定医疗器械清单中对应的特定医疗器械进行治疗的，对被保险人在医院实际发生的、同时满足规定条件的特定医疗器械费用，保险人按照本附加合同约定的给付比例给付特定医疗器械费用保险金。

保险人给付本项保险金须同时满足以下条件：

- 1、该医疗器械须经相关监管部门审批通过；若为进口的医疗器械须同时获得国家药品监督管理局进口许可；
- 2、该特定医疗器械须由医院或保险人认可的特定医疗机构专科医生开具处方或使用方案，且为被保险人当前治疗必需且合理的医疗器械；
- 3、该特定医疗器械处方或使用方案中所列明的医疗器械属于本附加合同约定的《特定医疗器械清单》中所列医疗器械，且与《特定医疗器械清单》中所列指定适应症相对应；
- 4、除另有约定外，被保险人购买或申请处方中所列特定医疗器械前，需按保险人指定流程提交相应材料并通过处方审核，具体流程见本附加合同“保险金的申请”中“特定医疗器械费用授权申请、处方审核和购买”。

对不满足上述任何一项条件的医疗器械费用，保险人不承担给付特定医疗器械费用保险金的责任。

在保险期间内，保险人仅承担被保险人使用约定的特定医疗器械清单中的其中一种特定医疗器械进行治疗所产生的医疗器械费用，治疗中除该特定医疗器械费用以外的其他费用，被保险人须自行承担。

对于以上五类费用，保险人在扣除约定的免赔额后，依照约定的给付比例进行赔付。各项保险责任仅承担特定药品、医疗器械、基因检测本身的费用，不承担因该特定药品、医疗器械、基因检测而产生的任何门诊急诊或者住院医疗费用。

特定药品涉及慈善援助的，被保险人从慈善机构（见释义 18）获得援助的药品费用不纳入特定药品费用保险金的补偿范围。

三、补偿原则和赔付标准

（一）本附加合同适用医疗费用补偿原则。若被保险人已从其他途径（包括社会医疗保险、公费医疗、工作单位、保险人在内的任何商业保险机构等）获得医疗费用补偿，则保险人仅对被保险人实际发生的医疗费用扣除其所获医疗费用补偿后的余额按照本附加合同的约定进行赔付。社保卡个人账户部分支出视为个人支付，不属于已获得的医疗费用补偿。

（二）若被保险人以参加社会医疗保险身份投保，但未以参加社会医疗保险身份就诊并结算的，则保险人按照保险单载明的比例进行补偿。

四、免赔额

本附加合同所指免赔额均指年免赔额，指在本附加合同保险期间内，应由被保险人自行承担，本附加合同不予赔偿的部分。被保险人从其他途径已获得的医疗费用补偿可用于抵扣免赔额，但通过社会医疗保险和公费医疗保险获得的补偿，不可用于抵扣免赔额。

五、责任免除

任何在下列期间发生的或因下列情形之一导致被保险人发生特定药品、基因检测、医疗器械、急需药品费用的，保险人不承担给付保险金的责任：

（1）主保险合同中所有责任免除（如适用），均适用于本附加合同，若主保险合同中责任免除与本附加合同有相抵触之处，则应以本附加合同为准。

（2）等待期内罹患的疾病或等待期内接受检查但在等待期后确诊的疾病；

（3）被保险人所患既往病症（见释义 19）及其复发、转移、或引发的并发症，保险单中特别约定的除外疾病引起的相关费用，但投保时保险人已知晓并做出书面认可的除外；

（4）使用未获得中国国家药品监督管理局许可或批准上市的器械；使用未获得中国国家药品监督管理局或出口国家或地区的药品监督管理部门许可或批准上市的进口药品；

（5）被保险人在中华人民共和国领土以外的国家或地区以及香港特别行政区、澳门特别行政区、台湾地区

接受治疗；

（6）经保险人审核，特定药品、基因检测、医疗器械、急需药品处方的开具与对应说明书、许可证中所列明的适应症、用法、用量不符；

（7）被保险人未在保险人认可的医院或特定医疗机构购买的特定药品、医疗器械、急需药品；

（8）被保险人未按本附加合同约定的流程进行购药或医疗器械申请，或经申请未审核通过；

（9）被保险人提交审核的医疗资料不能证明该特定药品、医疗器械、急需药品对被保险人当前的疾病状态治疗有效（见释义 20）的；

（10）被保险人的疾病状况，经专科医生审核，确定对药品已经耐药（见释义 21）后仍继续购买该药品；

（11）相关医学材料不能证明药品或器械对被保险人所罹患的疾病有效；

（12）仅有临床不适症状，入院诊断和出院诊断均不是本附加合同约定的恶性肿瘤——重度、进口药品及疾病清单所列特定疾病、急需药品及疾病清单中所列指定疾病的治疗；

（13）进行未经科学或者医学认可的试验性或者研究性治疗及前述治疗产生的后果所产生的费用；

（14）被保险人未遵医嘱，私自服用、涂用、注射特定药品；

（15）被保险人未在本附加合同约定的指定药店或指定医疗机构购买的药品；

（16）被保险人未按本附加合同约定的流程进行保险金申请或经申请未审核通过；

（17）被保险人首次获得符合本附加合同约定医疗机构的专科医生开具特定药品购买处方的日期不在等待期过后的保险期间内的；

（18）未经医生建议，被保险人自行进行恶性肿瘤——重度特定药品基因检测费用（以收费票据载明信息为准）；

（19）所需进行的恶性肿瘤——重度特定药品基因检测与确定恶性肿瘤——重度的用药方案无关；

（20）被保险人从事或参加高风险运动，如：潜水、滑水、冲浪、赛艇、漂流、滑翔翼、热气球、跳伞或其他高空运动、蹦极、乘坐或驾驶商业民航班机以外的飞行器、攀岩、攀登海拔 3500 米以上的独立山峰、攀爬建筑物、滑雪、滑冰、武术、摔、柔道、空手道、跆拳道、拳击、马术、赛马、赛车、特技表演（含训练）、替身表演（含训练）、探险或考察活动（洞穴、极地、沙漠、火山、冰川等）；

（21）战争、军事行动、暴乱或者武装叛乱；核爆炸、核辐射或者核污染、化学污染；

（22）被保险人罹患艾滋病（AIDS）或感染艾滋病病毒（HIV）期间（上述定义，应按世界卫生组织所订的定义为准。若在被保险人的血液样本中发现上述病毒或其抗体，则认定病人已受该病毒感染）。

六、保险金额和保险费

保险金额是保险人承担补偿保险金责任的最高限额。本附加合同的保险金额由投保人、保险人双方约定，并在保险单中载明。

投保人应该按照合同约定向保险人交纳保险费。

七、保险期间

除另有约定外，本附加合同的“保险期间”同主保险合同一致。

八、不保证续保

本附加合同不保证续保，本产品保险期间不超过一年，保险期间届满，投保人需要重新向保险人申请投保本产品，并经保险人同意，交纳保险费，获得新的保险合同。

九、保险金申请

（一）恶性肿瘤——重度院外特定药品授权申请、药品处方审核和药品购买

（1）授权申请和药品处方审核

保险金申请人向保险人提交**恶性肿瘤——重度**特定药品授权申请（以下简称“授权申请”），并提供下列授权申请材料：

- a. 保险金索赔申请书；
- b. 被保险人的有效身份证件；
- c. 支持审核的全部证明、信息和证据，包括但不限于医院出具的门诊及住院病历资料、医学诊断书、病理检查报告、影像报告、检查化验报告、医疗费用原始单据、费用明细单据等原件。保险金申请人因特殊原因不能提供上述材料的，应提供其它合法有效的材料；
- d. 医生开具的特定药品处方；
- e. 医院开具的外购药证明；
- f. 保险金申请人所能提供的与确认保险事故性质、原因、损失程度等有关的其他证明和资料；
- g. 若保险金申请人委托他人申请的，还应提供保险金转账授权书原件、委托人和受托人的身份证明等相关证明文件。受益人为无民事行为能力人或者限制民事行为能力人的，由其监护人代为申领保险金，并提供监护人的身份证明等材料。

保险人基于提交的资料进行药品处方审核。若保险金申请人提交的相关材料不足以支持药品处方审核，或者医学材料中相关的科学方法检验报告结果不支持药品处方的开具，保险人有权要求并一次性通知保险金申请人补充提供有关证明和资料。

如果保险金申请人未提交授权申请或者处方审核未通过，保险人不承担给付恶性肿瘤——重度院外特定药品费用医疗保险金的责任。

（2）药品购买

特定药品授权申请及特定药品处方首次经保险人审核通过后，保险人将指引保险金申请人，携带有效药品处方、保险金申请人及被保险人的有效身份证件到指定药店自取药品。

非首次购药经保险人审核通过后，保险金申请人可选择去指定药店自取药品或送药上门服务，若选择送药上门服务，保险人将协调药店进行冷链配送到保险金申请人的指定居住地点，保险金申请人收到药品时须提供有效药品处方、保险金申请人及被保险人的有效身份证件。

保险金申请人通过保险人指定药店购买符合本附加合同保险责任的特定药品，将由保险人与保险人指定药店或**第三方服务商（见释义 22）**直接结算保险人应承担保险金赔偿部分的特定药品费用，**保险金申请人无需支付该部分费用，但保险金申请人应自行支付不属于保险责任范围内的药品费用。**

（二）恶性肿瘤——重度特定药品基因检测授权申请、审核和基因检测

（1）授权申请和审核

保险金申请人向保险人提交恶性肿瘤——重度特定药品基因检测授权申请（以下简称“授权申请”），并提供下列授权申请材料：

- a. 保险金索赔申请书；
- b. 被保险人的有效身份证件；
- c. 支持审核的全部证明、信息和证据，包括但不限于医院出具的门诊及住院病历资料、医学诊断书、病理检查报告、影像报告、检查化验报告、医疗费用原始单据、费用明细单据等原件。保险金申请人因特殊原因不能提供上述材料的，应提供其它合法有效的材料；
- d. 专科医生出具的所需恶性肿瘤——重度特定药品基因检测项目的证明及其他所需要的医学材料；
- e. 保险金申请人所能提供的与确认保险事故性质、原因、损失程度等有关的其他证明和资料；
- f. 若保险金申请人委托他人申请的，还应提供保险金转账授权书原件、委托书和受托人的身份证明等相关证明文件。受益人为无民事行为能力人或者限制民事行为能力人的，由其监护人代为申领保险金，并提供监护人的身份证明等材料。

保险人基于提交的资料进行基因检测审核。若保险金申请人提交的相关材料不足以支持基因检测审核，保险人有权要求并一次性通知保险金申请人补充提供有关证明和资料。

如果保险金申请人未提交授权申请或者基因检测审核未通过，保险人不承担给付恶性肿瘤——重度特定药品基因检测费用保险金的责任。

（2）恶性肿瘤——重度特定药品基因检测

授权申请经保险人审核通过后，保险人将安排被保险人前往本附加合同指定的基因检测机构进行恶性肿瘤——重度特定药品基因检测。

保险金申请人通过保险人指定的基因检测机构内进行恶性肿瘤——重度特定药品基因检测，将由保险人与保险人指定的基因检测机构或第三方服务商直接结算保险人应承担保险金赔偿部分的恶性肿瘤——重度特定药品基因检测费用，保险金申请人无需支付该部分费用，但**保险金申请人应自行支付不属于保险责任范围内的恶性肿瘤——重度特定药品基因检测费用。**

（三）指定疾病急需药品费用授权申请、药品处方审核和药品购买

（1）授权申请和药品处方审核

保险金申请人向保险人提交指定疾病急需药品授权申请（以下简称“授权申请”），并提供下列授权申请材料：

- a. 保险金索赔申请书；
- b. 被保险人的有效身份证件；
- c. 支持审核的全部证明、信息和证据，包括但不限于医院出具的门诊及住院病历资料、医学诊断书、病理检查报告、影像报告、检查化验报告、医疗费用原始单据、费用明细单据等原件。保险金申请人因特殊原因不能提供上述材料的，应提供其它合法有效的材料；
- d. 医生开具的指定疾病急需药品处方；
- e. 医院开具的外购药证明；
- f. 保险金申请人所能提供的与确认保险事故性质、原因、损失程度等有关的其他证明和资料；

g. 若保险金申请人委托他人申请的，还应提供保险金转账授权书原件、委托人和受托人的身份证明等相关证明文件。受益人为无民事行为能力人或者限制民事行为能力人的，由其监护人代为申领保险金，并提供监护人的身份证明等材料。

保险人基于提交的资料进行药品处方审核。若保险金申请人提交的相关材料不足以支持药品处方审核，或者医学材料中相关的科学方法检验报告结果不支持药品处方的开具，保险人有权要求并一次性通知保险金申请人补充提供有关证明和资料。

如果保险金申请人未提交授权申请或者处方审核未通过，保险人不承担给付指定疾病急需药品费用保险金的责任。

(2) 药品购买

指定疾病急需药品授权申请及指定疾病急需药品处方首次经保险人审核通过后，保险人将指引保险金申请人，携带有效药品处方、保险金申请人及被保险人的有效身份证件到指定药店自取药品。

非首次购药经保险人审核通过后，保险金申请人可选择去指定药店自取药品或送药上门服务，若选择送药上门服务，保险人将协调药店进行冷链配送到保险金申请人的指定居住地点，保险金申请人收到药品时须提供有效药品处方、保险金申请人及被保险人的有效身份证件。

保险金申请人通过保险人指定药店购买符合本附加合同保险责任的指定疾病急需药品，将由保险人与保险人指定药店或第三方服务商直接结算保险人应承担保险金赔偿部分的指定疾病急需药品费用，保险金申请人无需支付该部分费用，但**保险金申请人应自行支付不属于保险责任范围内的药品费用。**

(四) 临床急需进口特定药品授权申请、药品处方审核和药品购买

(1) 授权申请和药品处方审核

保险金申请人向保险人提交特定进口药品授权申请（以下简称“授权申请”），并提供下列授权申请材料：

- a. 保险金索赔申请书；
- b. 被保险人的有效身份证件；
- c. 支持审核的全部证明、信息和证据，包括但不限于医院出具的门诊及住院病历资料、医学诊断书、病理检查报告、影像报告、检查化验报告、医疗费用原始单据、费用明细单据等原件。保险金申请人因特殊原因不能提供上述材料的，应提供其它合法有效的材料；
- d. 医生开具的特定进口药品处方；
- e. 保险金申请人所能提供的与确认保险事故性质、原因、损失程度等有关的其他证明和资料；
- f. 若保险金申请人委托他人申请的，还应提供保险金转账授权书原件、委托人和受托人的身份证明等相关证明文件。受益人为无民事行为能力人或者限制民事行为能力人的，由其监护人代为申领保险金，并提供监护人的身份证明等材料。

以上证明和资料不完整的，保险人有权要求并一次性通知保险金申请人补充提供有关证明和资料。

如果保险金申请人未提交授权申请或者授权申请审核未通过，保险人不承担赔偿临床急需进口特定药品医疗保险金的责任。

(2) 购药治疗流程

授权申请审核通过后，保险人授权的第三方服务商（以下简称“第三方服务商”）将为被保险人安排专科医生会诊。

被保险人须通过专科医生的诊断确定有必要使用该临床急需进口药品，并经相关监管部门审批通过并获得进口许可后，自行至特定医疗机构接受临床急需进口药品治疗。

被保险人在特定医疗机构就诊期间产生的除本附加合同保险责任范围内的特定进口药品费用外的其他费用需自行承担。

如果临床急需进口药品使用申请时出现以下特殊情况，保险人有权要求保险金申请人补充其他与临床急需进口药品使用申请相关的医学材料。临床急需进口药品使用申请中的特殊情况主要包括：

- a. 保险金申请人进行授权申请时提交的与被保险人相关的医学材料不足以支持使用临床急需进口药品；
- b. 保险金申请人进行授权申请时提交的与被保险人相关的医学材料中相关的科学方法检验报告结果不支持使用临床急需进口药品。

如果特定医疗机构医院提出的进口药品申请未获相关监管部门审批通过或未获得进口许可，保险人不承担给付保险金的责任。

对于在保险人认可的特定医疗机构购买临床急需特定进口药品治疗的，保险金申请人应提供如下材料：

- a. 在特定医疗机构购买特定进口药品的原始收据、费用明细清单以及分割单（若被保险人享有基本医疗保险或公费医疗保障的，需包含按基本医疗保险或公费医疗有关规定取得医疗费用补偿的证明）；
- b. 在特定医疗机构提供支持审核治疗的全部证明、信息和证据，包括但不限于特定医疗机构出具的病历资料、医学诊断书、病理检查报告、影像报告、检查化验报告、医疗费用原始单据、费用明细单据等原件（若被保险人享有基本医疗保险或公费医疗保障的，需包含按基本医疗保险或公费医疗有关规定取得医疗费用补偿的证明）。

保险金申请人可以书面形式向保险人申请返还已收取的收据原件，保险人在加盖公章并注明已赔偿的保险金额后返还已收取的收据原件。

（五）特定医疗器械费用授权申请、处方审核和购买

（1）授权申请和处方审核

保险金申请人向保险人提交特定医疗器械授权申请（以下简称“授权申请”），并提供下列授权申请材料：

- a. 保险金索赔申请书；
- b. 被保险人的有效身份证件；
- c. 支持审核的全部证明、信息和证据，包括但不限于医院出具的门诊及住院病历资料、医学诊断书、病理检查报告、影像报告、检查化验报告、医疗费用原始单据、费用明细单据等原件。保险金申请人因特殊原因不能提供上述材料的，应提供其它合法有效的材料；
- d. 医生开具的特定医疗器械处方；
- e. 保险金申请人所能提供的与确认保险事故性质、原因、损失程度等有关的其他证明和资料；
- f. 若保险金申请人委托他人申请的，还应提供保险金转账授权书原件、委托人和受托人的身份证明等相关证明文件。受益人为无民事行为能力人或者限制民事行为能力人的，由其监护人代为申领保险金，并提供监护人的身份证明等材料。

以上证明和资料不完整的，保险人有权要求并一次性通知保险金申请人补充提供有关证明和资料。

如果保险金申请人未提交授权申请或者授权申请审核未通过，保险人不承担赔偿特定医疗器械费用的责任。

（2）医疗器械治疗流程

授权申请审核通过后，保险人授权的第三方服务商（以下简称“第三方服务商”）将为被保险人安排专科医生会诊。

被保险人须通过专科医生的诊断确定有必要使用该特定医疗器械，自行前往指定药房购买或前往特定医疗机构接受医疗器械治疗。

被保险人在特定医疗机构就诊期间产生的除本附加合同保险责任范围内的特定医疗器械费用外的其他费用需自行承担。

在保险人的理赔审核过程中，**保险人有权在合理的范围内对索赔的被保险人进行医疗检查**。此类检验费用由保险人承担。在拒赔的情形下，保险人将承担因投保人提供索赔要求所必须的证明、收据、信息和证据而产生的费用。

十、本附加合同效力终止

本附加合同所附属的主保险合同效力终止，本附加合同效力即行终止。主保险合同无效，本附加合同亦无效。解除合同的具体约定和退保计算方式以主保险合同为准。

十一、其他条款的适用

本附加合同与主保险合同不一致之处，以本附加合同为准；本附加合同未尽之处，以主保险合同为准。

十二、释义

释义 1：等待期

等待期又称观察期或免责期，以保险单约定时间为准。**等待期自本保险合同生效之日起计算，在等待期内发生保险事故的，保险人不承担补偿保险金的责任。**

释义 2：医院

指中国大陆境内（不包括香港、澳门、台湾地区）合法的二级或二级以上公立医院或投保人与保险人协商共同指定的医院或医疗机构。

本附加合同中所指医疗机构不包括以下或类似的医疗机构：

- （1）精神病院；
- （2）老人院、疗养院、戒毒中心和戒酒中心；
- （3）健康中心或天然治疗所、疗养或康复院；
- （4）特需病房、外宾病房、干部病房、联合病房、国际医疗中心、VIP 部或其他不属于社会医疗保险范畴的高等级病房；
- （5）联合医院、诊所。

释义 3：初次确诊

指自被保险人出生之日起第一次经医院确诊患有某种疾病，而不是指自本附加合同生效之后第一次经医院确诊患有某种疾病。特别的，本附加合同所约定的重大疾病中“**恶性肿瘤—重度**”的确诊日应为手术病理取材或病理活检取材日期。

释义 4：恶性肿瘤——重度

指恶性细胞不受控制的进行性增长和扩散，浸润和破坏周围正常组织，可以经血管、淋巴管和体腔扩散转移到身体其它部位，病灶经**组织病理学检查**（见释义 23）（涵盖骨髓病理学检查）结果明确诊断，临床诊断属于世界卫生组织（WHO，World Health Organization）《疾病和有关健康问题的国际统计分类》第十次修订版（ICD-10）（见释义 24）的恶性肿瘤类别及《国际疾病分类肿瘤学专辑》第三版（ICD-O-3）（见释义 34）的肿瘤形态学编码属于 3、6、9（恶性肿瘤）范畴的疾病。

下列疾病不属于“**恶性肿瘤——重度**”，不在保障范围内：

- （1）ICD-O-3 肿瘤形态学编码属于 0（良性肿瘤）、1（动态未定性肿瘤）、2（原位癌和非侵袭性癌）范畴的疾病，如：
 - a. 原位癌，癌前病变，非浸润性癌，非侵袭性癌，肿瘤细胞未侵犯基层，上皮内瘤变，细胞不典型性增生等；
 - b. 交界性肿瘤，交界恶性肿瘤，肿瘤低度恶性潜能，潜在低度恶性肿瘤等；

- (2) TNM 分期为 I 期或更轻分期的甲状腺癌；
- (3) TNM 分期为 T1N0M0 期或更轻分期的前列腺癌；
- (4) 黑色素瘤以外的未发生淋巴结和远处转移的皮肤恶性肿瘤；
- (5) 相当于 Binet 分期方案 A 期程度的慢性淋巴细胞白血病；
- (6) 相当于 Ann Arbor 分期方案 I 期程度的何杰金氏病；
- (7) 未发生淋巴结和远处转移且 WHO 分级为 G1 级别（核分裂像 $<10/50$ HPF 和 ki-67 $\leq 2\%$ ）或更轻分级的神经内分泌肿瘤。

释义 5：靶向药物

指被赋予了靶向能力的药物或其制剂。其目的是使药物或其载体能瞄准特定的病变部位，并在目标部位蓄积或释放有效成分。靶向制剂可以使药物在目标局部形成相对较高的浓度，从而在提高药效的同时抑制毒副作用，减少对正常组织、细胞的伤害。

释义 6：免疫治疗药物

指通过重新启动并维持肿瘤-免疫循环，恢复机体正常的抗肿瘤免疫反应，从而控制与清除肿瘤的药物。

释义 7：恶性肿瘤——重度院外特定药品清单

保险人在承保时与投保人约定的属于保险责任的符合保险保障计划的药品清单。**具体药品清单以保单约定为准，保险人保留对药品清单做出调整的权利。保险期间内保险人调整药品清单的，以保险人在官方正式渠道（包括但不限于官网、官微）公布或通知的清单为准。**

释义 8：处方

指由注册的执业医师和在诊疗活动中为患者开具的、由取得药学专业技术职务任职资格的药学专业技术人员审核、调配、核对，并作为患者用药凭证的医疗文书。处方包括医疗机构病区用药医嘱单。

释义 9：恶性肿瘤——重度特定药品基因检测

指将外周血、手术或活检术留取的恶性肿瘤——重度病理切片组织或恶性肿瘤——重度转移所致的胸腹水等样本进行恶性肿瘤——重度相关的特定基因的结构（DNA 水平）或功能（RNA 水平）检测。境内医院的专科医生可根据其基因检测结果，给出针对其分子异常特征的药物（即特定药品）的给药方案。

释义 10：基因检测机构

指在中华人民共和国境内（不包括香港、澳门及台湾地区）取得合法有效资质且合法提供基因临床检验服务的机构。该基因检测机构应满足下列全部条件：

- （1）开展基因检测业务需具备的相关资质，包括医疗机构执业许可证、医疗机构医疗器械经营许可证、医疗机构药品经营许可证和临床基因扩增检验实验室技术审核验收合格证；
- （2）具有固定的工作场所，工作环境满足检验检测要求；
- （3）具备从事检验检测活动所必需的检验检测设备设施，具有并有效运行保证其检验检测活动独立、公正、科学、诚信的管理体系，具有完善的检验样本和收样体系；
- （4）具有与其从事检验检测活动相适应的检验检测技术人员和管理人员提供专业的基因检测服务，以及专业的医生资质人员出具报告；
- （5）符合有关法律法规或者标准、技术规范规定的特殊要求。

释义 11：指定疾病急需药品清单

保险人在承保时与投保人约定的属于保险责任的符合保险保障计划的药品清单。**具体药品清单以保险单约定为准，保险人保留对药品清单做出调整的权利。保险期间内保险人调整药品清单的，以保险人在官方正式渠道（包括但不限于官网、官微）公布或通知的清单为准。**

释义 12：指定疾病

指指定疾病急需药品清单中所列的适应症。

释义 13: 进口药品及疾病清单

保险人在承保时与投保人约定的属于保险责任的符合保险保障计划的药品清单。具体药品清单以保单约定为准，保险人保留对药品清单做出调整的权利。保险期间内保险人调整药品清单的，以保险人在官方正式渠道（包括但不限于官网、官微）公布或通知的清单为准。

释义 14: 特定疾病

指进口药品及疾病清单中所列疾病。

释义 15: 临床急需进口特定药品

指特定医疗机构因临床急需，经国务院药品监督管理部门或者国务院授权的省、自治区、直辖市人民政府批准后，进口的少量药品。如果特定医疗机构提出的进口药品申请未获批准的，保险人不承担给付临床急需进口药品费保险金的责任。

释义 16: 特定医疗机构

特定医疗机构范围以保单约定为准，保险人保留对特定医疗机构做出调整的权利。保险期间内保险人调整特定医疗机构的，以保险人在官方正式渠道（包括但不限于官网、官微）公布或通知的名单为准。

释义 17: 特定医疗器械清单

保险人在承保时与投保人约定的属于保险责任的符合保险保障计划的特定医疗器械清单。特定医疗器械清单以保单约定为准，保险人保留对药品清单做出调整的权利。保险期间内保险人调整特定医疗器械清单的，以保险人在官方正式渠道（包括但不限于官网、官微）公布或通知的清单为准。

释义 18: 慈善机构

指依法成立、符合《中华人民共和国慈善法》规定，以面向社会开展慈善活动为宗旨的非营利性组织机构。慈善机构可以采取基金会、社会团体、社会服务机构等组织形式。

释义 19: 既往病症

在本附加合同生效前被保险人已知或应当知道的有关疾病或症状。通常有以下情况：

- （1）本附加合同生效前，医生已有明确诊断，长期治疗未间断；
- （2）本附加合同生效前，医生已有明确诊断，治疗后症状未完全消失，有间断用药情况；
- （3）本附加合同生效前，医生已有明确诊断，但未接受任何治疗；
- （4）本附加合同生效前，虽未经医生明确诊断和治疗，但症状已经明显足以促使被保险人引起注意并寻求诊断、治疗或护理的症状。

释义 20: 治疗有效

指按照 RECIST（实体瘤治疗疗效评价标准）评价标准，肿瘤病灶没有进展。

释义 21: 耐药

指以下两种情况之一：

- （1）实体肿瘤病灶按照 RECIST（实体瘤治疗疗效评价标准）出现疾病进展，即定义为耐药；
- （2）非实体肿瘤（包含白血病、多发性骨髓瘤、淋巴瘤等血液系统恶性肿瘤）在临床上常无明确的肿块或者肿块较小难以发现，经规范治疗后，按权威医学机构（如中国临床肿瘤学会、中华医学会血液分会等）的指南规范，对患者的骨髓形态学、流式细胞、特定基因检测等结果进行综合评价，得出疾病进展的结论，即定义为耐药。

释义 22: 第三方服务商

指保险人授权的为保险用户提供处方审核及药事服务的机构。

释义 23: 组织病理学检查

组织病理学检查是通过局部切除、钳取、穿刺等手术方法，从患者机体采取病变组织块，经过包埋、切片后，进行病理检查的方法。

通过采集病变部位脱落细胞、细针吸取病变部位细胞、体腔积液分离病变细胞等方式获取病变细胞，制成涂片，进行病理检查的方法，属于细胞病理学检查，不属于组织病理学检查。

释义 24: ICD-10 与 ICD-O-3

《疾病和有关健康问题的国际统计分类》第十次修订版（ICD-10），是世界卫生组织（WHO）发布的国际通用的疾病分类方法。《国际疾病分类肿瘤学专辑》第三版（ICD-O-3），是 WHO 发布的针对 ICD 中肿瘤形态学组织学细胞类型、动态、分化程度的补充编码。其中形态学编码：0 代表良性肿瘤；1 代表动态未定性肿瘤；2 代表原位癌和非侵袭性癌；3 代表恶性肿瘤（原发性）；6 代表恶性肿瘤（转移性）；9 代表恶性肿瘤（原发性或转移性未肯定）。如果出现 ICD-10 与 ICD-O-3 不一致的情况，以 ICD-O-3 为准。

京东安联财产保险有限公司

附加重大疾病异地转诊公共交通费用及救护车费用保险条款（互联网版）

（报备文件编号：京东安联发（2023）327 号）

（注册号：C00005032522023102076811）

一、附加保险合同订立

本附加保险合同（以下简称“本附加合同”）须附加于保险人主保险合同使用。除另有约定外，本附加合同的保险金受益人为被保险人本人。

二、保险责任

在保险期间内，被保险人因遭受**意外伤害**，或在**等待期**后经中国大陆境内（不含港、澳、台地区）医疗机构的专科医生**初次确诊**（释义 1）罹患主保险合同约定的一种或多种**重大疾病**，因病情需要**跨省、自治区、直辖市**（仅限中国大陆境内，不含港、澳、台地区）接受**住院**（释义 2）治疗，经被保险人申请并由转出**医疗机构**（释义 3）开具转院证明，保险人对被保险人发生的、必需且合理的**异地转诊公共交通费用**（释义 4）及**救护车费用**（释义 5），按照本附加合同约定的**赔偿比例**进行赔偿。

保险人对于被保险人异地转诊产生的单次往返公共交通费用及救护车费用，在单次重大疾病异地转诊公共交通费用及救护车费用保险金额内进行赔偿，保险人累计赔偿金额达到本附加合同约定的重大疾病异地转诊公共交通费用及救护车费用保险金额时，本附加合同终止。

上述公共交通工具（释义 6）仅包括火车（含普通列车、高速铁路/动车）和飞机。其中，普通列车限硬座/硬卧/软卧，高速铁路/动车限二等座，飞机限经济舱。

上述重大疾病的具体疾病种类及疾病定义以主保险合同释义部分为准。

三、免赔额

本附加合同所指免赔额指在本附加合同保险期间内，应由被保险人自行承担，本附加合同不予赔偿的部分。被保险人从商业保险或其他途径已获得的费用补偿可用于抵扣免赔额，但通过社会医疗保险和公费医疗保险获得的补偿，不可用于抵扣免赔额。

四、补偿原则和给付标准

本附加合同适用费用补偿原则。若被保险人已从其他途径（包括社会医疗保险、公费医疗、工作单位、保险人在内的任何商业保险机构等）获得费用补偿，则保险人仅对被保险人实际发生的费用扣除其所获费用补偿后的余额按照本附加合同的约定进行保险金给付。

五、责任免除

任何因下列情形之一导致被保险人支出费用的，或具备下列情形/行为的，保险人不承担补偿责任：

1. 因主保险合同列明的责任免除事项导致被保险人发生重大疾病异地转诊公共交通费用及救护车费用的；
2. 因被保险人本人以外的人产生的重大疾病异地转诊公共交通费用及救护车费用。

六、保险金额和保险费

保险金额是保险人承担补偿保险金责任的最高限额。本附加合同重大疾病异地转诊公共交通费用及救护车费用保险金额由投保人、保险人双方约定，并在保险单中载明。

投保人应该按照合同约定向保险人交纳保险费。

七、保险期间

除另有约定外，本附加合同的“保险期间”同主保险合同一致。

八、不保证续保

本附加合同保险期间不超过一年，保险期间届满，投保人需要重新向保险人申请投保本产品，并经保险人同意，交纳保险费，获得新的保险合同。

九、保险金申请

保险金申请人向保险人申请补偿保险金时，应提交以下材料。保险金申请人因特殊原因不能提供以下材料的，应提供其他合法有效的有关材料。**保险金申请人未能提供有关材料，导致保险人无法核实该申请的真实性的，保险人对无法核实部分不承担补偿保险金的责任。**

1. 保险金申请人完整填写的索赔申请表并签名确认；
2. 被保险人、保险金申请人的有效身份证件；
3. 转出医院出具的被保险人出院记录、由医院专科医生出具的对被保险人的疾病诊断证明书以及由医院出具的与该疾病诊断证明书相关的病理显微镜检查、血液检验及其他科学方法检验报告；
4. 转出医院出具的转院证明、转入医院出具的住院记录、纸质车票原件或电子乘车凭证、飞机票行程单原件及登机牌、救护车收据或发票；
5. 保险金申请人所能提供的与确认保险事故的性质、原因、损失程度等有关的其他证明和资料；
6. 已从其他途径获得费用补偿的，还应提供费用分割单或费用结算证明原件；
7. 若保险金申请人委托他人申请的，还应提供授权委托书原件、委托人和受托人的身份证明等相关证明文件。受益人为无民事行为能力人或限制民事行为能力人的，由其监护人代为申请保险金，并提供监护人的身份证明等资料（出险时未满18周岁适用）。

在保险人的理赔审核过程中，**保险人有权在合理的范围内对索赔的被保险人进行医疗检查。**此类检验费用由保险人承担。在拒赔的情形下，保险人将承担因投保人提供索赔要求所必须的证明、收据、信息和证据而产生的费用。

十、本附加合同效力终止

本附加合同所附属的主保险合同效力终止，本附加合同效力即行终止。主保险合同无效，本附加合同亦无效。解除合同的具体约定和退保计算方式以主保险合同为准。

十一、其他条款的适用

本附加合同与主保险合同不一致之处，以本附加合同为准；本附加合同未尽之处，以主保险合同为准。

十二、释义

释义 1：初次确诊

指自被保险人出生之日起第一次经医院确诊患有主保险合同约定的一种或多种重大疾病，而不是指自本合同生效之日起第一次经医院确诊患有主保险合同约定的一种或多种重大疾病。

释义 2：住院

指被保险人因意外伤害或疾病而入住医疗机构之正式病房接受全日 24 小时监护治疗的过程，并正式办理出入院手续。

释义 3： 医疗机构

指在中国大陆境内（不包括香港、澳门、台湾地区）的合法的二级或二级以上公立医院或投保人与保险人协商共同指定的医院或医疗机构。

本附加合同中所指医疗机构不包括以下或类似的医疗机构：

- （1）精神病院；
- （2）老人院、疗养院、戒毒中心和戒酒中心；
- （3）健康中心或天然治疗所、疗养或康复医院。

释义 4：异地转诊公共交通费用

指被保险人因病情需要乘坐公共交通工具跨省、自治区、直辖市（仅限中国大陆境内，不含港、澳、台地区）接受住院治疗产生的交通费用

释义 5：救护车费用

指由 120 急救中心或 999 紧急救援中心派出的救护车产生的车辆使用费，不含医生出诊费、诊疗费、检查费、医药费、治疗费。

释义 6：公共交通工具

指领有当地政府主管部门依法颁发的公共交通营运执照，以收费方式合法载客的以下交通工具：

- （1）火车（含普通列车、高速铁路/动车）；
- （2）经营固定航班的航空公司经营的来往商业客运机场的固定翼飞机。

本附加合同未释义概念，以本附加合同所附加主保险合同中的释义为准。

京东安联财产保险有限公司

附加恶性肿瘤—重度先进疗法医疗保险条款（互联网版）

（报备文件编号：京东安联发〔2024〕232 号）

（注册号：C00005032522024062803033）

一、附加保险合同订立

本附加保险合同（以下简称“本附加合同”）须附加于保险人主保险合同使用。除另有约定外，本附加合同的保险金受益人为被保险人本人。本附加合同仅用于互联网渠道销售。

二、保险责任

在本附加合同保险期间内，被保险人于**等待期后，初次确诊**（见释义1）罹患主保险合同约定的**恶性肿瘤——重度**，保险人对下述（一）至（三）类住院医疗费用，按照本附加合同的约定在扣除约定的免赔额后，承担给付恶性肿瘤—重度先进疗法医疗保险金的责任：

（一）质子重离子医疗费用

在保险期间内，被保险人于**等待期后**，罹患主保险合同约定的**恶性肿瘤——重度**，并于保险人指定的医疗机构接受质子重离子治疗的，对于被保险人需个人支付的、**必需且合理**（见释义2）的**质子重离子医疗费用**（见释义3），保险人按照本附加合同的约定给付恶性肿瘤—重度先进疗法医疗保险金。

（二）硼中子俘获治疗医疗费用

在保险期间内，被保险人于**等待期后**，罹患主保险合同约定的**恶性肿瘤——重度**，并于保险人指定的医疗机构接受硼中子俘获治疗的，对于被保险人需个人支付的、**必需且合理**的**硼中子俘获治疗医疗费用**（见释义4），保险人按照本附加合同的约定给付恶性肿瘤—重度先进疗法医疗保险金。

（三）近红外光免疫疗法医疗费用

在保险期间内，被保险人于**等待期后**，罹患主保险合同约定的**恶性肿瘤——重度**，并于保险人指定的医疗机构接受**近红外光免疫疗法**治疗的，对于被保险人需个人支付的、**必需且合理**的**近红外光免疫疗法医疗费用**（见释义5），保险人按照本附加合同的约定给付恶性肿瘤—重度先进疗法医疗保险金。

上述（一）至（三）项下的指定医疗机构以在保险单中载明的名单为准。保险期间内保险人调整指定医疗机构的，以保险人在官方正式渠道（包括但不限于官网、官微）公布或通知的名单为准。

被保险人在投保前或在等待期内已确诊**恶性肿瘤——重度**的，保险人不承担给付恶性肿瘤—重度先进疗法医疗保险金的责任。保险人累计承担的**恶性肿瘤—重度先进疗法医疗保险金**以本附加合同约定的**恶性肿瘤—重度先进疗法医疗保险金额**为限。当一项以及累计给付金额之和达到**恶性肿瘤—重度先进疗法医疗保险金额**时，本附加合同终止。

三、补偿原则和标准

1. 本附加合同适用医疗费用补偿原则。若被保险人已从其他途径（包括社会医疗保险、公费医疗、工作单位、保险人在内的任何商业保险机构等）获得医疗费用补偿，则保险人仅对被保险人实际发生的医疗费用扣除其所获医疗费用补偿后的余额按照本附加合同的约定进行给付。社保卡个人账户支出视为个人支付的部分，不属于已获得的医疗费用补偿。
2. 若被保险人以参加社会医疗保险身份投保，但未以参加社会医疗保险身份就诊并结算的，则保险人按照保险单载明的比例进行给付。

四、责任免除

任何在下列期间发生的或因下列情形之一导致被保险人发生**恶性肿瘤—重度先进疗法**医疗费用的，保险人不承担给付保险金的责任：

- （一）主保险合同的所有责任免除事项（但若该事项与本附加合同有相抵触之处，以本附加合同为准）；
- （二）被保险人在非指定医疗机构就诊发生的费用；
- （三）被保险人确诊的疾病不属于本附加合同约定的**恶性肿瘤——重度**。

五、保险期间

除另有约定外，本附加合同的“保险期间”同主保险合同一致。

六、保险金额和保险费

保险金额是保险人承担给付保险金责任的最高限额。保险金额由投保人、保险人双方约定，并在保险单中载明。

投保人须按本附加保险合同约定支付保险费。本附加保险合同的“保险费支付方式”同主保险合同一致。

七、保险金申请

保险金申请人向保险人申请给付保险金时，应提交以下材料。保险金申请人因特殊原因不能提供以下材料的，应提供其他合法有效的有关材料。**保险金申请人未能提供有关材料，导致保险人无法核实该申请的真实性的，保险人对无法核实部分不承担给付保险金的责任。**

（一）保险金索赔申请书；

（二）保险金申请人的有效身份证件；

（三）支持索赔的全部账单、证明、信息和证据，医院出具的病历资料、医学诊断书、处方、病理检查、化验检查报告、医疗费用原始单据、费用明细单据等。保险金申请人因特殊原因不能提供上述材料的，应提供其他合法有效的材料；

（四）保险金申请人所能提供的其他与确认保险事故的性质、原因等有关的其他证明和资料；

（五）若保险金申请人委托他人申请的，还应提供授权委托书原件、委托人和受托人的身份证明等相关证明文件。

八、不保证续保

本附加合同为不保证续保合同，本产品保险期间不超过一年，保险期间届满，投保人需要重新向保险公司申请投保本产品，并经保险人同意，交纳保险费，获得新的保险合同。

九、本附加合同效力终止

本附加合同所附属的主保险合同效力终止，本附加合同效力即行终止。主保险合同无效，本附加合同亦无效。解除合同的具体约定和退保计算方式以主保险合同为准。

十、其他条款的适用

本附加合同与主保险合同不一致之处，以本附加合同为准；本附加合同未尽之处，以主保险合同为准。

十一、释义

释义 1：初次确诊

指自被保险人出生之日起第一次经医疗机构确诊患有某种疾病，而不是指自本附加合同生效之后第一次经医疗机构确诊患有某种疾病。**特别的，本附加合同所约定的重度疾病中“恶性肿瘤—重度”的确诊日应为手术病理取材或病理活检取材日期。**

释义 2：必需且合理的

1) 符合通常惯例：指与接受医疗服务所在地通行治疗规范、通行治疗方法、平均医疗费用价格水平一致的费用。

对是否符合通常惯例由保险人根据客观、审慎、合理的原则进行审核；如果被保险人对审核结果有不同意见，可由双方认同的权威医学机构或者权威医学专家进行审核鉴定。

2) 医学必需：指医疗费用符合下列所有条件：

2.1) 治疗意外伤害或者疾病所必需的项目；

2.2) 不超过安全、足量治疗原则的项目；

2.3) 由医生开具的处方药；

2.4) 非试验性的、非研究性的项目；

2.5) 与接受治疗当地普遍接受的医疗专业实践标准一致的项目。

对是否医学必需由保险人根据客观、审慎、合理的原则进行审核；如果被保险人对审核结果有不同意见，可由双方认同的权威医学机构或者权威医学专家进行审核鉴定。

释义 3：质子重离子医疗费用

指被保险人因接受质子重离子放射治疗而发生的住院医疗费用，包括床位费、加床费、膳食费、护理费、重症监护室床位费、诊疗费、检查检验费、治疗费、药品费、手术费，但不包括化学疗法、肿瘤免疫疗法、肿瘤内分泌疗法和肿瘤靶向疗法所产生的药品费。

释义 4：硼中子俘获治疗医疗费用

指被保险人因接受硼中子俘获疗法治疗而发生的住院医疗费用，包括床位费、加床费、膳食费、护理费、重症监护室床位费、诊疗费、检查检验费、治疗费、药品费、手术费，但不包括化学疗法、肿瘤免疫疗法、肿瘤内分泌疗法和肿瘤靶向疗法所产生的药品费。

释义 5：近红外光免疫疗法医疗费用

指被保险人因接受近红外光免疫治疗而发生的住院医疗费用，包括床位费、加床费、膳食费、护理费、重症监护室床位费、诊疗费、检查检验费、治疗费、药品费、手术费，但不包括化学疗法、肿瘤免疫疗法、肿瘤内分泌疗法和肿瘤靶向疗法所产生的药品费。

京东安联财产保险有限公司
附加重症监护病房津贴医疗保险条款（互联网版）
（报备文件编号：京东安联发〔2024〕232号）
（注册号：C00005032522024062803023）

一、附加保险合同订立

本附加保险合同（以下简称“本附加合同”）须附加于保险人主保险合同使用。除另有约定外，本附加合同的保险金受益人为被保险人本人。本附加合同仅用于互联网渠道销售。

二、保险责任

在保险期间内，被保险人因遭受主保险合同约定的意外伤害或等待期后罹患主保险合同约定的疾病，入住医院（见释义1）重症监护病房（见释义2）治疗的，保险人按照被保险人“每次实际入住重症监护病房日数”扣除“每次重症监护病房免赔日数”后乘以“每日重症监护病房津贴金额”给付重症监护病房津贴保险金。保险期间内，保险人累计给付日数最多为三十日（含第三十日）。每日重症监护病房津贴金额、每次重症监护病房免赔日数、每次重症监护病房给付日数在投保时由投保人与保险人约定，并在保险单中载明。保险人根据本附加合同针对被保险人给付重症监护病房保险金的日数累计达到保险单载明的最高给付日数时，保险人对被保险人在本附加合同下的保险责任终止。

三、责任免除

主保险合同中列明的责任免除事项适用于本附加合同。

四、保险金额和保险费

保险金额是保险人承担给付保险金责任的最高限额。本附加合同的保险金额由投保人、保险人双方约定，并在保险单中载明。

投保人应该按照合同约定向保险人交纳保险费。

五、保险期间

除另有约定外，本附加合同的“保险期间”同主保险合同一致。

六、保险金申请

保险金申请人向保险人申请给付保险金时，应提交以下材料。保险金申请人因特殊原因不能提供以下材料的，应提供其他合法有效的有关材料。**保险金申请人未能提供有关材料，导致保险人无法核实该申请的真实性的，保险人对无法核实部分不承担给付保险金的责任。**

1. 保险金申请人完整填写的索赔申请表并签名确认；
2. 被保险人、保险金申请人的有效身份证件；
3. 监护人的身份证复印件及与被保险人的关系证明复印件（未成年人适用）；
4. 本次医疗资料原件，如门诊/住院病历、医疗费用发票、费用清单、诊断证明、检查检验单据、社会医疗保险结算单、第三方保险公司结算单等；
5. 其它与本项索赔有关的证明文件；
6. 若保险金申请人委托他人申请的，还应提供授权委托书原件、委托人和受托人的身份证明等相关证明文件。受益人为无民事行为能力人或限制民事行为能力人的，由其监护人代为申请保险金，并提供监护人的身份证明等资料。

在保险人的理赔审核过程中，**保险人有权在合理的范围内对索赔的被保险人进行医疗检查。**此类检查费用由保险人承担。

七、本附加合同效力终止

本附加合同所附属的主保险合同效力终止，本附加合同效力即行终止。主保险合同无效，本附加合同亦无效。解除合同的具体约定和退保计算方式以主保险合同为准。

八、其他条款的适用

本附加合同与主保险合同不一致之处，以本附加合同为准；本附加合同未尽之处，以主保险合同为准。

九、不保证续保

本附加合同保险期间不超过一年，保险期间届满，投保人需要重新向保险人申请投保本产品，并经保险人同意，交纳保险费，获得新的保险合同。

十、释义

释义 1：医院

指在中国大陆境内（不包括香港、澳门、台湾地区）合法的**二级或二级以上公立医院**或投保人与保险人协商共同指定的医院或医疗机构。

本附加合同中所指医疗机构不包括以下或类似的医疗机构：

- （1）精神病院；
- （2）老人院、疗养院、戒毒中心和戒酒中心；
- （3）健康中心或天然治疗所、疗养或康复院。

释义 2：重症监护病房

指经国家医疗卫生行政主管部门批准，在医院内正式设立的集中监护和救治危重患者的专业病房，包括冠心病重症监护治疗病房（CCU）、心肺重症监护治疗病房（CPICU）、心脏外科重症监护治疗病房（CSICU）、神经外科重症监护治疗病房（NSICU）和婴幼儿重症监护治疗病房（IICU）等专门性的重症监护病房。该病房为危重患者提供 24 小时持续深度监护及治疗并按日收费，配备有重症监护专科医生、护士以及相应

的监护、复苏抢救设备，例如：心脏除颤机，人工呼吸机，紧急药物，各项生命体征（如心率、血压等）持续测试的仪器等。

京东安联财产保险有限公司
附加个人 100 种特定疾病每日住院津贴保险条款（互联网通用版）
（报备文件编号：京东安联发〔2023〕261 号）
（注册号：C00005032522023073113591）

一、附加保险合同订立

本附加保险合同（以下简称“本附加合同”）须附加于保险人主保险合同使用。除另有约定外，本附加合同的保险金受益人为被保险人本人。

二、保险责任

在保险期间内，若被保险人在**等待期**（见释义 1）后**首次**出现体征或症状且经本附加合同约定的**医疗机构**（见释义 2）**首次**确诊罹患本附加合同约定的一种或多种**特定疾病**（见释义 3），被保险人经医疗机构诊断必须**住院**（见释义 4）治疗的，保险人按被保险人在医疗机构内的实际**住院天数**（见释义 5）**扣除约定的免赔住院日数**后给付每日住院津贴保险金。如果被保险人入住重症监护室病房治疗，则在此期间每日以每日住院津贴保险金的双倍给付。

保险期间内因同一住院原因或不同住院原因的每日住院津贴保险金给付，**单次最高给付天数以 30 日为限，累计给付天数以保险单载明的最高住院天数为限**。若被保险人因同一原因间歇性入住医院，前次出院和后次入院间隔日期未达 90 日，则视为因同一住院原因予以给付保险金。保险期间届满被保险人住院治疗仍未满保险单载明的最高给付住院天数的，保险人继续承担保险期间内发生的该同一住院原因的给付每日住院津贴保险金责任，自保险期间届满次日起计算至出院之日止，**最多延长 30 日，但最高给付住院天数仍以保险单所载明的为限**。免赔住院日数由投保人与保险人约定，并在保险单上载明。

保险人根据本附加合同针对被保险人给付每日住院津贴保险金的日数累计达到保险单载明的最高给付天数时，保险人对被保险人在附加合同下的保险责任终止。

三、责任免除

（一）主保险合同中所有责任免除（如适用）均适用于本附加合同，若主保险合同中责任免除与本附加合同有相抵触之处，则应以本附加合同为准。

（二）任何因下列情形之一导致被保险人住院的，或具备下列情形/行为的，保险人不承担给付责任：

1. 投保人或被保险人的故意行为；
2. 先天性疾病（以世界卫生组织颁布的《疾病和有关健康问题的国际统计分类（ICD-10）》为准）；
3. 被保险人的既往病症（见释义 6）及其并发症，但投保时已如实告知并经保险人审核同意承保的不在此限；
4. 不符合入院标准、挂床住院（见释义 7）或住院病人应当出院而拒不出院（从医院确定出院之日起发生的一切医疗费用）；
5. 在医院的（门）急诊观察室、家庭病床（房）入住；
6. 在特需病房、外宾病房、干部病房、联合病房、国际医疗中心、VIP 部或其他不属于社会医疗保险范畴的高等级病房入住；
7. 在康复科、康复病床或接受康复治疗入住；或在健康中心或天然治疗所、疗养或康复院入住；

8. 在联合医院、诊所、精神病院、老人院、疗养院、戒毒中心和戒酒中心入住；
9. 被保险人住院体检；
10. 被保险人住院期间一天内未接受与入院诊断相关的检查和治疗，或一天内住院不满二十四小时；但遵医嘱到外院接受临时治疗的不在其限；
11. 等待期内罹患的疾病或等待期内接受检查但在等待期后确诊的疾病。

（三）被保险人在下列期间发生的医疗费用，保险人也不承担给付保险金责任：

1. 被保险人罹患艾滋病（AIDS）或感染艾滋病病毒（HIV）期间（上述定义，应按世界卫生组织所订的定义为准。若在被保险人的血液样本中发现上述病毒或其抗体，则认定病人已受该病毒感染）；
2. 被保险人进行各种车辆表演、车辆竞赛或练习期间；
3. 被保险人酒后驾驶（见释义 8）、无有效驾驶证（见释义 9）驾驶或驾驶无有效行驶证（见释义 10）的机动车期间。

四、保险金额和保险费

保险金额是保险人承担给付保险金责任的最高限额。本附加合同的保险金额由投保人、保险人双方约定，并在保险单中载明。

投保人应该按照合同约定向保险人交纳保险费。

五、保险期间

除另有约定外，本附加合同的“保险期间”同主保险合同一致。

六、保险金申请

保险金申请人向保险人申请给付保险金时，应提交以下材料。保险金申请人因特殊原因不能提供以下材料的，应提供其他合法有效的有关材料。保险金申请人未能提供有关材料，导致保险人无法核实该申请的真实性的，保险人对无法核实部分不承担给付保险金的责任。

1. 保险金申请人完整填写的索赔申请表并签名确认；
2. 被保险人、保险金申请人的有效身份证件；
3. 监护人的身份证复印件及与被保险人的关系证明复印件（未成年人适用）；
4. 本次医疗资料原件，如门诊/住院病历、医疗费用发票、费用清单、诊断证明、检查检验单据、社会医疗保险结算单、第三方保险公司结算单等；
5. 其它与本项索赔有关的证明文件；
6. 若保险金申请人委托他人申请的，还应提供授权委托书原件、委托人和受托人的身份证明等相关证明文件。受益人为无民事行为能力人或限制民事行为能力人的，由其监护人代为申请保险金，并提供监护人的身份证明等资料。

在保险人的理赔审核过程中，保险人有权在合理的范围内对索赔的被保险人进行医疗检查。此类检查费用由保险人承担。

七、本附加合同效力终止

本附加合同所附属的主保险合同效力终止，本附加合同效力即行终止。主保险合同无效，本附加合同亦无效。解除合同的具体约定和退保计算方式以主保险合同为准。

八、其他条款的适用

本附加合同与主保险合同不一致之处，以本附加合同为准；本附加合同未尽之处，以主保险合同为准。

九、不保证续保

本附加合同保险期间不超过一年，保险期间届满，投保人需要重新向保险人申请投保本产品，并经保险人同意，交纳保险费，获得新的保险合同。

十、释义

释义 1：等待期

等待期又称观察期或免责期，以保险单约定时间为准。等待期自本附加合同生效之日起计算，在等待期内发生保险事故的，保险人不承担给付保险金的责任。

释义 2：医疗机构

指在中国大陆境内（不包括香港、澳门、台湾地区）合法的二级或二级以上公立医院普通病房或投保人与保险人协商共同指定的医院或医疗机构。

本附加合同中所指医疗机构不包括以下或类似的医疗机构：

- （1）精神病院；
- （2）老人院、疗养院、戒毒中心和戒酒中心；
- （3）健康中心或天然治疗所、疗养或康复院。

释义 3：特定疾病

指符合以下定义所述条件的疾病、疾病状态或手术，共计一百种，其中序号 1-28 的疾病属于中国保险行业协会制定的《重大疾病保险的疾病定义使用规范（2020 年修订版）》（以下简称规范）的重大疾病范围，且疾病名称和疾病定义与“规范”一致，序号 29-100 的疾病为保险公司增加的规范重大疾病范围以外的其他疾病，疾病的名称和定义如下：

序号	疾病名称	释义
1	恶性肿瘤-重度	指恶性细胞不受控制的进行性增长和扩散，浸润和破坏周围正常组织，可以经血管、淋巴管和体腔扩散转移到身体其它部位，病灶经组织病理学检查（见释义 11）（涵盖骨髓病理学检查）结果明确诊断，临床诊断属于世界卫生组织（WHO，World Health Organization）《疾病和有关健康问题的国际统计分类》第十次修订版（ICD-10）（见释义 9）的恶性肿瘤类别及《国际疾病分类肿瘤学专辑》第三版（ICD-O-3）（见释义 12）的肿瘤形态学编码属于 3、6、9（恶性肿瘤）范畴的疾病。 下列疾病不属于“恶性肿瘤——重度”，不在保障范围内： （1）ICD-O-3 肿瘤形态学编码属于 0（良性肿瘤）、1（动态未定性肿瘤）、2（原位癌和非侵袭性癌）范畴的疾病，如： a. 原位癌，癌前病变，非浸润性癌，非侵袭性癌，肿瘤细胞未侵犯基底层，上皮内瘤变，细胞不典型性增生等； b. 交界性肿瘤，交界恶性肿瘤，肿瘤低度恶性潜能，潜在低度恶性肿瘤等； （2）TNM 分期（见释义 13）为 I 期或更轻分期的甲状腺癌； （3）TNM 分期为 T1N0M0 期或更轻分期的前列腺癌； （4）黑色素瘤以外的未发生淋巴结和远处转移的皮肤恶性肿瘤； （5）相当于 Binet 分期方案 A 期程度的慢性淋巴细胞白血病； （6）相当于 Ann Arbor 分期方案 I 期程度的何杰金氏病； （7）未发生淋巴结和远处转移且 WHO 分级为 G1 级别（核分裂像<10/50 HPF 和 ki-67≤2%）或更轻分级的神经内分泌肿瘤。
2	较重急性心肌梗死	急性心肌梗死指由于冠状动脉闭塞或梗阻引起部分心肌严重的持久性缺血造成急性心肌坏死。急性心肌梗死的诊断必须依据国际国内诊断标准，符合（1）检测到肌酸激酶同工酶（CK-MB）或肌钙蛋白（cTn）升高和/或降低的动态变化，至少一次达到或超过心肌梗死的临床诊断标准；（2）同时存在下列之一的证据，包括：缺血性胸痛症状、新发生的缺血性心电图改变、新生成的病理性 Q 波、影像学证据显示有新出现的心肌活性丧失或新出现局部室壁运动异常、冠脉造影证实存在冠状动脉血栓。 较重急性心肌梗死指依照上述标准被明确诊断为急性心肌梗死，并且必须同时满足下列至少一项条件： （1）心肌损伤标志物肌钙蛋白（cTn）升高，至少一次检测结果达到该检验正常参考值上限的 15 倍（含）以上； （2）肌酸激酶同工酶（CK-MB）升高，至少一次检测结果达到该检验正常参考值上限的 2 倍（含）以上； （3）出现左心室收缩功能下降，在确诊 6 周以后，检测左室射血分数（LVEF）低于 50%（不含）； （4）影像学检查证实存在新发的乳头肌功能失调或断裂引起的中度（含）以上的二尖瓣反流； （5）影像学检查证实存在新出现的室壁瘤； （6）出现室性心动过速、心室颤动或心源性休克。 其他非冠状动脉阻塞性疾病所引起的肌钙蛋白（cTn）升高不在保障范围内。
3	严重脑中风后遗症	指因脑血管的突发病变引起脑血管出血、栓塞或梗塞，须由头颅断层扫描（CT）、核磁共振检查（MRI）等影像学检查证实，并导致神经系统永久性的功能障碍。神经系统永久性的功能障碍，指疾病确诊 180 天后，仍遗留下列至少一种障碍： （1） 一肢（含）以上肢体肌力 2 级（含）以下； （2） 语言能力完全丧失，或严重咀嚼吞咽功能障碍； （3） 自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动（见释义 14）中的三项或三项以上。

4	重大器官移植术或造血干细胞移植术	重大器官移植术，指因相应器官功能衰竭，已经实施了肾脏、肝脏、心脏、肺脏或小肠的异体移植手术。造血干细胞移植术，指因造血功能损害或造血系统恶性肿瘤，已经实施了造血干细胞（包括骨髓造血干细胞、外周血造血干细胞和脐血造血干细胞）的移植手术。
5	冠状动脉搭桥术（或称冠状动脉旁路移植术）	指为治疗严重的冠心病，已经实施了切开心包进行的冠状动脉血管旁路移植的手术。 所有未切开心包的冠状动脉介入治疗不在保障范围内。
6	严重慢性肾衰竭	指双肾功能慢性不可逆性衰竭，依据肾脏病预后质量倡议（K/DOQI）制定的指南，分期达到慢性肾脏病 5 期，且经诊断后已经进行了至少 90 天的规律性透析治疗。规律性透析是指每周进行血液透析或每天进行腹膜透析。
7	多个肢体缺失	指因疾病或意外伤害导致两个或两个以上肢体自腕关节或踝关节近端（靠近躯干端）以上完全性断离。
8	急性重症肝炎或亚急性重症肝炎	指因肝炎病毒感染引起肝脏组织弥漫性坏死，导致急性肝功能衰竭，且经血清学或病毒学检查证实，并须满足下列全部条件： （1）重度黄疸或黄疸迅速加重； （2）肝性脑病； （3）B 超或其它影像学检查显示肝脏体积急速萎缩； （4）肝功能指标进行性恶化。
9	严重非恶性颅内肿瘤	指起源于脑、脑神经、脑被膜的非恶性肿瘤，ICD-O-3 肿瘤形态学编码属于 0（良性肿瘤）、1（动态未定性肿瘤）范畴，并已经引起颅内压升高或神经系统功能损害，出现视乳头水肿或视觉受损、听觉受损、面部或肢体瘫痪、癫痫等，须由头颅断层扫描（CT）、核磁共振检查（MRI）或正电子发射断层扫描（PET）等影像学检查证实，且须满足下列至少一项条件： （1）已经实施了开颅进行的颅内肿瘤完全或部分切除手术； （2）已经实施了针对颅内肿瘤的放射治疗，如 γ 刀、质子重离子治疗等。 下列疾病不在保障范围内： （1）脑垂体瘤； （2）脑囊肿； （3）颅内血管性疾病（如脑动脉瘤、脑动静脉畸形、海绵状血管瘤、毛细血管扩张症等）。
10	严重慢性肝衰竭	指因慢性肝脏疾病导致肝衰竭，且须满足下列全部条件： （1）持续性黄疸； （2）腹水； （3）肝性脑病； （4）充血性脾肿大伴脾功能亢进或食管胃底静脉曲张。 因酗酒或药物滥用导致的肝衰竭不在保障范围内。
11	严重脑炎后遗症或严重脑膜炎后遗症	指因患脑炎或脑膜炎导致的神经系统永久性的功能障碍。神经系统永久性的功能障碍，指经相关专科医生确诊疾病 180 天后，仍遗留下列至少一种障碍： （1）一肢（含）以上肢体肌力 2 级（含）以下； （2）语言能力完全丧失，或严重咀嚼吞咽功能障碍； （3）由具有评估资格的专科医生根据临床痴呆评定量表（CDR，Clinical Dementia Rating）评估结果为 3 分； （4）自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上。
12	深度昏迷	指因疾病或意外伤害导致意识丧失，对外界刺激和体内需求均无反应，昏迷程度按照格拉斯哥昏迷分级（GCS，Glasgow Coma Scale）结果为 5 分或 5 分以下，且已经持续使用呼吸机及其他生命维持系统 96 小时以上。 因酗酒或药物滥用导致的深度昏迷不在保障范围内。
13	双耳失聪	指因疾病或意外伤害导致双耳听力永久不可逆（见释义 15）性丧失，在 500 赫兹、1000 赫兹和 2000 赫兹语音频率下，平均听阈大于等于 91 分贝，且经纯音听力测试、声导抗检测或听觉诱发电位检测等证实。

14	双目失明	指因疾病或意外伤害导致双眼视力永久不可逆性丧失，双眼中较好眼须满足下列至少一项条件： （1）眼球缺失或摘除； （2）矫正视力低于 0.02（采用国际标准视力表，如果使用其它视力表应进行换算）； （3）视野半径小于 5 度。
15	瘫痪	指因疾病或意外伤害导致两肢或两肢以上肢体随意运动功能永久完全丧失。肢体随意运动功能永久完全丧失，指疾病确诊 180 天后或意外伤害发生 180 天后，每股三大关节中的两大关节仍然完全僵硬，或肢体肌力在 2 级（含）以下。
16	心脏瓣膜手术	指为治疗心脏瓣膜疾病，已经实施了切开心脏进行的心脏瓣膜置换或修复的手术。 所有未切开心脏的心脏瓣膜介入手术不在保障范围内。
17	严重阿尔茨海默病	指因大脑进行性、不可逆性改变导致智能严重衰退或丧失，临床表现为严重的认知功能障碍、精神行为异常和社交能力减退等，其日常生活必须持续受到他人监护。须由头颅断层扫描（CT）、核磁共振检查（MRI）或正电子发射断层扫描（PET）等影像学检查证实，并经相关专科医生确诊，且须满足下列至少一项条件： （1）由具有评估资格的专科医生根据临床痴呆评定量表（CDR, Clinical Dementia Rating）评估结果为 3 分； （2）自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上。 阿尔茨海默病之外的其他类型痴呆不在保障范围内。
18	严重脑损伤	指因头部遭受机械性外力，引起脑重要部位损伤，导致神经系统永久性的功能障碍。须由头颅断层扫描（CT）、核磁共振检查（MRI）或正电子发射断层扫描（PET）等影像学检查证实。神经系统永久性的功能障碍，指脑损伤 180 天后，仍遗留下列至少一种障碍： （1）一肢（含）以上肢体肌力 2 级（含）以下； （2）语言能力完全丧失，或严重咀嚼吞咽功能障碍； （3）自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上。
19	严重原发性帕金森病	是一种中枢神经系统的退行性疾病，临床表现为运动迟缓、静止性震颤或肌强直等，经相关专科医生确诊，且须满足自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上。 继发性帕金森综合征、帕金森叠加综合征不在保障范围内。
20	严重 III 度烧伤	指烧伤程度为 III 度，且 III 度烧伤的面积达到全身体表面积的 20% 或 20% 以上。体表面积根据《中国新九分法》计算。
21	严重特发性肺动脉高压	指不明原因的肺动脉压力持续性增高，进行性发展而导致的慢性疾病，已经造成永久不可逆性的体力活动能力受限，达到美国纽约心脏病学会（New York Heart Association, NYHA）心功能状态分级 IV 级，且静息状态下肺动脉平均压在 36mmHg（含）以上。
22	严重运动神经元病	是一组中枢神经系统运动神经元的进行性变性疾病，包括进行性脊肌萎缩症、进行性延髓麻痹症、原发性侧索硬化症、肌萎缩性侧索硬化症，经相关专科医生确诊，且须满足下列至少一项条件： （1）严重咀嚼吞咽功能障碍； （2）呼吸肌麻痹导致严重呼吸困难，且已经持续使用呼吸机 7 天（含）以上； （3）自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上。
23	语言能力丧失	指因疾病或意外伤害导致语言能力完全丧失，经过积极治疗至少 12 个月（声带完全切除不受此时间限制），仍无法通过现有医疗手段恢复。 精神心理因素所致的语言能力丧失不在保障范围内。
24	重型再生障碍性贫血	指因骨髓造血功能慢性持续性衰竭导致的贫血、中性粒细胞减少及血小板减少，且须满足下列全部条件： （1）骨髓穿刺检查或骨髓活检结果支持诊断：骨髓细胞增生程度 < 正常的 25%；如 ≥ 正常的 25% 但 < 50%，则残存的造血细胞应 < 30%； （2）外周血象须具备以下三项条件中的两项： ① 中性粒细胞绝对值 < $0.5 \times 10^9/L$ ； ② 网织红细胞计数 < $20 \times 10^9/L$ ； ③ 血小板绝对值 < $20 \times 10^9/L$ 。

25	主动脉手术	指为治疗主动脉疾病或主动脉创伤，已经实施了开胸（含胸腔镜下）或开腹（含腹腔镜下）进行的切除、置换、修补病损主动脉血管、主动脉创伤后修复的手术。主动脉指升主动脉、主动脉弓和降主动脉（含胸主动脉和腹主动脉），不包括升主动脉、主动脉弓和降主动脉的分支血管。 所有未实施开胸或开腹的动脉内介入治疗不在保障范围内。
26	严重慢性呼吸衰竭	指因慢性呼吸系统疾病导致永久不可逆性的呼吸衰竭，经过积极治疗180天后满足以下所有条件： （1）静息时出现呼吸困难； （2）肺功能第一秒用力呼气容积（FEV1）占预计值的百分比<30%； （3）在静息状态、呼吸空气条件下，动脉血氧分压（PaO2）<50mmHg。
27	严重克罗恩病	指一种慢性肉芽肿性肠炎，具有特征性的克罗恩病（Crohn 病）病理组织学变化，须根据组织病理学特点诊断，且已经造成瘘管形成并伴有肠梗阻或肠穿孔。
28	严重溃疡性结肠炎	指伴有致命性电解质紊乱的急性暴发性溃疡性结肠炎，病变已经累及全结肠，表现为严重的血便和系统性症状体征，须根据组织病理学特点诊断，且已经实施了结肠切除或回肠造瘘术。
29	胰腺移植	指因胰腺功能衰竭，已经实施了在全身麻醉下进行的胰腺的异体器官移植手术（供体必须是人体器官）。 单纯胰岛移植、部分胰腺组织或细胞的移植不在保障范围内。
30	埃博拉病毒感染	指埃博拉病毒感染导致的出血性发热。埃博拉病必须经国家机关认可的有合法资质的传染病专家确诊，并须满足下列全部条件： （1）埃博拉病毒的存在必须经过实验室检查证实； （2）存在皮肤粘膜出血，呕血，咯血，便血或血尿等临床表现； （3）感染埃博拉病毒并出现出血性发热持续三十(30)天以上，且持续出现并发症。 单纯实验室诊断但没有临床出血表现的不在保障范围内。
31	丝虫病所致象皮肿	指因丝虫感染导致淋巴阻塞，出现严重淋巴水肿，达到国际淋巴学会淋巴肿分期第 III 期，临床表现为肢体象皮肿，患肢较健肢增粗 30%以上，日常生活不能自理。此病症须经专科医生根据临床表现和微丝蚴的化验结果确诊。
32	主动脉夹层血肿	指主动脉的内膜破裂导致血液流入主动脉壁中形成夹层动脉瘤。在本定义中，主动脉指胸主动脉及腹主动脉而非其旁支。诊断必须由专科医生及检验结果证实，检验包括电脑扫描，磁共振扫描及磁共振血管造影或心导管检查的证明，并有必要进行紧急修补手术。
33	克雅氏病（CJD、人类疯牛病）	一种由动物传染而来的中枢神经系统变性性疾病，大脑呈海绵状改变伴神经元缺失和胶质化。临床表现为进行性痴呆、不随意运动及抽搐、行动困难等等。疯牛病必须由权威医疗机构根据致病蛋白的发现而明确诊断。 疑似诊断不作为理赔依据。
34	破裂脑动脉瘤夹闭手术	指因脑动脉瘤破裂造成蛛网膜下腔出血，被保险人实际接受了在全麻下进行的开颅动脉瘤夹闭手术。 脑动脉瘤（未破裂）预防性手术、颅骨打孔手术、动脉瘤栓塞手术、血管内手术及其他颅脑手术不在保障范围内。
35	经输血导致的人类免疫缺陷病毒感染	指被保险人感染上人类免疫缺陷病毒（HIV）并且满足下列全部条件： （1）被保险人等待期后因输血而感染 HIV； （2）提供输血治疗的输血中心或医院出具该项输血感染属医疗责任事故的报告，或者法院终审裁定为医疗责任并且不准上诉； （3）受感染的被保险人不是血友病患者。 任何因其他传播方式（包括：性传播或静脉注射毒品）导致的 HIV 感染不在保障范围内。 保险人保留获得使用被保险人的所有血液样本的权利，并对这些样本进行独立检验。 保险人承担本项疾病责任不受合同“被保险人感染艾滋病病毒或患艾滋病”的限制。

36	原发性硬化性胆管炎	指一种胆汁淤积综合征，其特征是肝内、肝外胆道因纤维化性炎症逐渐狭窄，并最终导致完全阻塞而发展为肝硬化。须经逆行胰胆管造影（ERCP）或经皮胆管造影（PTC）等影像学检查证实，且须满足下列全部条件： （1）总胆红素和直接胆红素同时升高，血清 ALP>200U/L； （2）持续性黄疸病史； （3）出现胆汁性肝硬化或门脉高压。 因肿瘤或胆管损伤等导致的继发性硬化性胆管炎不在保障范围内。
37	特发性慢性肾上腺皮质功能减退	指自身免疫性肾上腺炎（既往称：特发性肾上腺皮质萎缩）导致肾上腺萎缩和慢性肾上腺皮质功能减退。必须明确诊断，符合所有以下诊断标准： （1）血浆促肾上腺皮质激素（ACTH）水平测定大于 100pg/ml； （2）血浆和尿游离皮质醇及尿 17 羟皮质类固醇、17 酮皮质类固醇测定、血浆肾素活性、血管紧张素 II 和醛固酮测定，显示为原发性肾上腺皮质功能减退症； （3）促肾上腺皮质激素（ACTH）刺激试验显示为原发性肾上腺皮质功能减退症。
38	系统性红斑狼疮一（并发）III 型或以上狼疮性肾炎	系统性红斑狼疮是由多种因素引起，累及多系统的自身免疫性疾病。其特点是生成自身抗体对抗多种自身抗原。多见于育龄妇女。 本附加合同所指的系统性红斑狼疮仅限于累及肾脏（经肾脏活检确认的，符合 WHO 诊断标准定义 III 型或 III 型以上狼疮性肾炎）的系统性红斑狼疮。其他类型的红斑性狼疮，如盘状狼疮、仅累及血液及关节的狼疮不在保障范围内。 世界卫生组织（WHO）狼疮性肾炎分型： I 型 微小病变型 II 型 系膜病变型 III 型 局灶及节段增生型 IV 型 弥漫增生型 V 型 膜型 VI 型 肾小球硬化型
39	严重类风湿性关节炎	指广泛分布的慢性进行性多关节病变，表现为关节严重变形，侵犯至少三个主要关节（腕关节、肘关节、肩关节、踝关节、膝关节、髋关节）或关节组（如手的多个指间、掌指关节，足的多个足趾、跖趾关节等）。类风湿性关节炎须明确诊断，并已达到类风湿性关节炎功能分类 IV 级的永久不可逆性关节功能障碍，且须满足下列全部条件： （1）晨僵； （2）对称性关节炎； （3）类风湿性皮下结节； （4）类风湿因子滴度升高； （5）X 线显示严重的关节（软骨和骨）破坏和关节畸形。
40	重症急性坏死性筋膜炎	是一种由细菌侵入皮下组织和筋膜引起的急性坏死性软组织感染，可伴有毒血症、败血症、中毒性休克、弥漫性血管内凝血及多器官衰竭。必须满足以下所有条件： （1）细菌培养和临床表现符合坏死性筋膜炎诊断标准； （2）病情迅速恶化，有脓毒血症表现； （3）受感染肢体被截肢（自腕关节或踝关节近端）。
41	急性坏死性胰腺炎开腹手术	指为治疗急性坏死性胰腺炎，实际实施了开腹进行的坏死组织清除术、病灶切除术或胰腺部分切除术。 为治疗因酒精中毒引起的急性坏死性胰腺炎的开腹手术不在保障范围内。

42	系统性硬皮病	一种系统性胶原血管病引起进行性的皮肤、血管和内脏器官的弥漫性纤维化。本病症须经本附加合同约定医院的专科医生明确诊断，并须满足下列全部条件： （1）由活检和血清学证据支持； （2）疾病已经影响到肺脏、心脏或肾脏等内脏器官并且达到下列标准之一： ①肺脏：已造成肺脏纤维化，并同时出现肺动脉高压和肺心病； ②心脏：心脏功能衰竭程度达到美国纽约心脏病学会心功能状态分级 IV 级； ③肾脏：已造成肾脏损害，并出现肾功能衰竭。 局限性硬皮病、嗜酸细胞筋膜炎和 CREST 综合征不在保障范围内。 美国纽约心脏协会分类标准心功能 IV 级是指有医院的医疗记录显示病人不能进行任何活动，休息时仍有心悸、呼吸困难等心力衰竭表现。
43	慢性复发性胰腺炎	指有腹痛等典型症状的胰腺炎反复发作，导致胰腺进行性破坏，并导致胰腺功能紊乱而导致严重糖尿病以及营养不良、恶液质。断层扫描（CT）证实胰腺存在广泛钙化，且必须接受酶替代以及胰岛素替代治疗 6 个月以上。诊断必须由消化科专科医生确诊。 酒精导致的慢性复发性胰腺炎不在保障范围内。
44	严重肌营养不良症	指一组原发于肌肉的遗传性疾病，临床表现为与神经系统无关的肌肉无力和肌肉萎缩。且须满足下列全部条件： （1）肌肉组织活检结果满足肌营养不良症的肌肉细胞变性、坏死等阳性改变； （2）自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上。 保险人承担本项疾病责任不受本合同中“遗传性疾病，先天性畸形、变形或染色体异常”的限制。
45	溶血性链球菌引起的坏疽	包围肢体或躯干的浅筋膜和/或深筋膜受到溶血性链球菌的感染，病情在短时间内急剧恶化，已经立刻进行了手术及清创术。最后的诊断必须由微生物或病理学专家进行相关检查后证实。
46	因职业关系导致的 HIV 感染	被保险人在其常规职业工作过程中遭遇外伤，或职业需要处理血液或其它体液时感染上人类免疫缺陷病毒（HIV）。必须满足下列全部条件： （1）感染必须是在被保险人正在从事其职业工作中发生，该职业必须属于下列限定职业范围内的职业； （2）血清转化必须出现在事故发生后的 6 个月以内； （3）必须提供被保险人在所报事故发生后的 5 天以内进行的检查报告，该报告必须显示被保险人血液人类免疫缺陷病毒（HIV）阴性和/或人类免疫缺陷病毒（HIV）抗体阴性； （4）必须在事故发生后的 12 个月内证实被保险人体内存在人类免疫缺陷病毒（HIV）或人类免疫缺陷病毒（HIV）抗体。 限定职业： 医生和牙科医生、护士、医院化验室工作人员、医院护工、医生助理和牙医助理、救护车工作人员、助产士、消防队员、警察、狱警。 保险人承担本项疾病责任不受合同“被保险人感染艾滋病病毒或患艾滋病”的限制。
47	脊髓灰质炎	脊髓灰质炎指由于脊髓灰质炎病毒感染所致的瘫痪性疾病，临床表现为运动功能损害或呼吸无力。脊髓灰质炎必须明确诊断。本合同所称“脊髓灰质炎”仅指脊髓灰质炎造成的神经系统功能损害导致被保险人一肢或一肢以上肢体机能永久完全丧失的情形。肢体机能永久完全丧失，指疾病确诊 180 天后，每肢三大关节中的两大关节仍然完全僵硬，或不能随意识活动。 若无因此感染而导致麻痹性瘫痪的事实结果，以及其它病因所致的麻痹，例如格林巴利综合征则不属于本合同所指的脊髓灰质炎。
48	植物人状态	指由于严重颅脑外伤、缺氧持续状态、严重的脑炎或者某种神经毒素造成大脑或脑干严重损害，并导致意识丧失和中枢神经系统功能丧失，仅残存植物神经功能的疾病状态，且植物人状态须已持续 30 天以上。 因酗酒或者药物滥用导致的植物人状态不在保障范围内。

49	非阿尔茨海默病所致严重痴呆	指因阿尔茨海默病以外的脑的器质性疾病造成脑功能衰竭导致永久不可逆性严重痴呆，临床表现为明显的认知能力障碍、行为异常和社交能力减退。被保险人自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上，日常生活必须持续受到他人监护。导致痴呆的疾病必须明确诊断，并且由完整的临床、实验室和影像学检查结果证实。 神经官能症，精神疾病及酒精中毒所致脑损害不在保障范围内。
50	严重冠状动脉粥样硬化性心脏病（严重冠心病）	指经冠状动脉造影检查明确诊断为主要血管严重狭窄性病变，须满足下列至少一项条件： 1. 左冠状动脉主干和右冠状动脉中，一支血管管腔堵塞 75%以上，另一支血管管腔堵塞 60%以上； 2. 左前降支、左旋支和右冠状动脉中，至少一支血管管腔堵塞 75%以上，其他两支血管管腔堵塞 60%以上。 左前降支的分支血管、左旋支的分支血管及右冠状动脉的分支血管的狭窄不作为本保障的衡量指标。
51	多发性硬化	指中枢神经系统白质多灶性脱髓鞘病变，病变有时累及灰质。多发性硬化症必须由本附加合同约定医院的神经专科医生确诊。诊断须包括：永久的运动及感觉功能障碍必须不间断地持续至少六个月，必须有典型的脱髓鞘症状和运动及感觉功能障碍的客观证据，如腰穿、听觉诱发反应、视觉诱发反应和 MRI 检查的典型改变。 以下不在保障范围内： 德韦克综合症 其他脱髓鞘疾病
52	全身性（型）重症肌无力	重症肌无力是一种神经肌肉接头传递障碍所致的疾病，表现为局部或全身骨骼肌（特别是眼外肌）极易疲劳。疾病可以累及呼吸肌、上肢或下肢的近端肌群或全身肌肉，必须满足下列全部条件： （1）经药物治疗和胸腺切除治疗一年以上仍无法控制病情； （2）自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上。
53	严重原发性心脏病	指不明原因引起的一类心肌病变，包括原发性扩张型心肌病、原发性肥厚型心肌病及原发性限制型心肌病三种，病变必须已造成事实上心室功能障碍而出现明显的心功能衰竭(美国纽约心脏协会心功能分类标准心功能达 IV 级)，且有相关住院医疗记录显示 IV 级心功能衰竭状态持续至少一百八十天。该疾病索赔时须要经心内科专科医生做出明确诊断。继发于全身性疾病或其它器官系统疾病以及由于酒精和药物滥用导致的心肌病不在保障范围内。 美国纽约心脏协会分类标准心功能 IV 级是指有医院的医疗记录显示病人不能进行任何活动，休息时仍有心悸、呼吸困难等心力衰竭表现。
54	严重心肌炎	指心肌局限性或弥漫性的急性或慢性炎症病变，导致心脏功能障碍，达到纽约心脏学会心功能分级状态分级 IV 级，且需持续至少 90 天。 美国纽约心脏协会分类标准心功能 IV 级是指有医院的医疗记录显示病人不能进行任何活动，休息时仍有心悸、呼吸困难等心力衰竭表现。
55	肺淋巴管肌瘤病	指一种弥漫性肺部疾病，主要病理改变为肺间质、支气管、血管和淋巴管内出现未成熟的平滑肌异常增生，同时需满足下列全部条件： （1）经组织病理学诊断； （2）CT 显示双肺弥漫性囊性改变； （3）血气提示低氧血症，动脉血氧分压（PaO2）持续<50mmHg。
56	侵蚀性葡萄胎（或称恶性葡萄胎）	该类疾病是指异常增生的绒毛组织浸润性生长侵入子宫肌层或转移至其他器官或组织的葡萄胎，并已经进行化疗或手术治疗的，需要本附加合同约定医院的专科医生诊断并提供病理与血液检测以支持诊断。
57	III度房室传导阻滞	指心房激动在房室交界区、房室束及其分支内发生阻滞，不能正常地传到心室的心脏传导性疾病须满足下列所有条件： （1）心电图显示房室搏动彼此独立，心室率<50 次/分钟； （2）出现阿-斯综合征或心力衰竭的表现； （3）必须持续性依赖心脏起搏器维持心脏正常功能，且已经放置心脏起搏器。

58	感染性心内膜炎	是指由感染性微生物导致的心脏内膜炎症，并须符合下列所有条件： （1）血液细菌培养结果呈阳性，证明感染性微生物的存在； （2）感染性心内膜炎导致最少中度的心脏瓣膜关闭不全（即返流部分面积达 20%或以上）或中度的心脏瓣膜狭窄（即心脏瓣膜面积为正常值的 30%或以下）； （3）感染性心内膜炎的诊断及瓣膜受损的严重程度必须由本附加合同约定医院的心脏病专科注册医生确定，并提供超声心动图或放射影像学检查结果报告以支持诊断。
59	肝豆状核变性 (Wilson's disease)	威尔逊氏病是一种可能危及生命的铜代谢疾病，以铜沉积造成的渐进性肝功能损害及／或神经功能恶化为特征。必须由本附加合同约定医院的专科注册医生通过肝脏活组织检查结果确定诊断并配合螯合剂治疗持续至少 6 个月。
60	肺源性心脏病	指由于各种胸肺及支气管病变而继发的肺动脉高压，最后导致以右室肥大为特征的心脏病。须经呼吸专科医生确诊，且必须同时满足如下诊断标准： （1）左心房压力增高（不低于 20 个单位）； （2）肺血管阻力高于正常值 3 个单位（Pulmonary Resistance）； （3）肺动脉血压不低于 40 毫米汞柱； （4）肺动脉楔压不低于 6 毫米汞柱； （5）右心室心脏舒张期末压力不低于 8 毫米汞柱； （6）右心室过度肥大、扩张，出现右心衰竭和呼吸困难。
61	肾髓质囊性病	肾髓质囊性病的诊断须同时符合下列要求： （1）肾髓质有囊肿、肾小管萎缩及间质纤维化等病理改变； （2）肾功能衰竭； （3）诊断须由肾组织活检确定。 保险人承担本项疾病责任不受本合同中“遗传性疾病，先天性畸形、变形或染色体异常”的限制。
62	严重继发性肺动脉高压	继发性肺动脉压力持续增高，导致右心室肥厚，已经造成永久不可逆性的体力活动能力受限，达到美国纽约心脏病学会心功能状态分级 IV 级。诊断需要由心脏科专家确诊，并且心导管检查报告显示静息状态下肺动脉平均压超过 40mmHg。 所有先天性心脏疾病直接或间接引起的肺动脉高压也不在保障责任范围内。 美国纽约心脏协会分类标准心功能 IV 级是指有医院的医疗记录显示病人不能进行任何活动，休息时仍有心悸、呼吸困难等心力衰竭表现。
63	进行性核上性麻痹	一种隐袭起病、逐渐加重的神经系统变性疾病。本疾病必须由本附加合同约定医院的神经科专科医生确诊，并须满足下列所有条件： （1）步态共济失调； （2）对称性眼球垂直运动障碍； （3）假性球麻痹，表现为构音障碍和吞咽困难。
64	失去一肢及一眼	因疾病或意外伤害导致单眼视力丧失及任何一肢自腕关节或踝关节近端（靠近躯干端）以上完全性断离。 单眼视力丧失指单眼视力永久不可逆性丧失，患眼须满足下列至少一项条件： （1）眼球缺失或摘除； （2）矫正视力低于 0.02（采用国际标准视力表，如果使用其它视力表应进行换算）； （3）视野半径小于 5 度。 被保险人在 3 周岁之前因疾病导致单眼视力丧失不在保障范围内。
65	嗜铬细胞瘤	是指肾上腺或嗜铬外组织出现神经内分泌肿瘤，并分泌过多的儿茶酚胺类，嗜铬细胞瘤的诊断必须由本附加合同约定医院的内分泌专科医生确定，并且已经接受手术以切除肿瘤。
66	小肠移植	指因肠道疾病或外伤，已经实施了在全身麻醉下进行的小肠的异体器官移植手术。此手术必须由本附加合同约定医院的专科医生认为是医学上必需的情况下进行。

67	颅脑手术	被保险人确已实施全麻下的开颅手术（不包括颅骨钻孔手术和经鼻蝶窦入颅手术）。 因外伤而实施的脑外科手术不在保障范围之内。 理赔时必须提供由神经外科医生出具的诊断书及手术报告。
68	严重自身免疫性肝炎	自身免疫性肝炎是一种原因不明的慢性肝脏的坏死性炎性疾病，机体免疫机制被破坏，产生针对肝脏自身抗原的抗体导致自身免疫反应，从而破坏肝细胞造成肝脏炎症坏死，进而发展为肝硬化。必须满足所有以下条件： （1）高γ球蛋白血症； （2）血液中存在高水平的自身免疫抗体，如 ANA（抗核抗体）、SMA（抗平滑肌抗体）、抗 LKM1 抗体或抗-SLA/LP 抗体； （3）肝脏活检证实免疫性肝炎； （4）临床已经出现腹水、食道静脉曲张和脾肿大等肝硬化表现。
69	骨髓纤维化	一种因纤维组织取代正常骨髓从而导致贫血、白血球及血小板含量过低及脾脏肿大的疾病。申请理赔时，被保险人须已经接受输血治疗至少六个月，并且每个月至少一次。骨髓纤维化的诊断必须由本附加合同约定医院的专科医师作出。理赔时需提供骨髓穿刺检查诊断报告。
70	严重获得性或继发性肺泡蛋白质沉积症	因获得性或继发性原因或导致双肺肺泡和细支气管腔内充满不可溶性富磷脂蛋白的疾病。理赔时须满足下列所有条件： （1）支气管镜活检或开胸肺活检病理检查证实肺泡内充满有过碘酸雪夫（PAS）染色阳性的蛋白样物质； （2）被保人因中重度呼吸困难或低氧血症而实际已行全身麻醉下的全肺灌洗治疗。
71	严重慢性缩窄性心包炎	由于慢性心包炎症导致心包广泛瘢痕粘连、增厚和钙化，心包腔闭塞使心脏和大血管根部受压，致使心脏舒张充盈受限而产生血液循环障碍。 被保险人被明确诊断为慢性缩窄性心包炎且必须满足以下条件之一： （1）心功能衰竭达到美国纽约心脏病学会心功能状态分级 IV 级，并持续 180 天以上； （2）实际接受了以下任何一种手术路径的心包剥脱或心包切除手术。 胸骨正中切口；双侧前胸切口；左前胸肋间切口。 经胸腔镜、胸壁打孔进行的手术、心包粘连松解手术不在保障范围内。 美国纽约心脏协会分类标准心功能 IV 级是指有医院的医疗记录显示病人不能进行任何活动，休息时仍有心悸、呼吸困难等心力衰竭表现。
72	胆道重建手术	指因疾病或胆道创伤导致接受涉及胆总管小肠吻合术的胆道重建手术。手术必须在本附加合同约定医院的专科医生认为是医疗所需的情况下进行。 胆道闭锁并不在保障范围内。
73	细菌性脑脊髓膜炎后遗症	指因脑膜炎双球菌感染引起脑脊髓膜化脓性病变，且导致永久性神经损害，持续 90 天以上，并且脑脊液检查显示脑膜炎双球菌阳性。永久性神经损害是指由细菌性脑脊髓膜炎引起的耳聋、失明、动眼神经麻痹、瘫痪、脑积水的损害，且上述症状持续 90 天以上仍无改善迹象。
74	斯蒂尔病 Still's Disease	斯蒂尔病须满足下列全部条件： （1）因该病引致广泛性关节破坏，以致需要进行髌及膝关节置换； （2）由本附加合同约定医院的风湿病专科医生确诊。
75	重症手足口病	是由肠道病毒引起的急性传染病，主要症状表现为手、足、口腔等部位的斑丘疹、疱疹。重症手足口病必须符合下列全部条件： （1）本附加合同约定医院的专科医生诊断为手足口病； （2）伴有所列危重并发症之一：脑膜炎、脑炎、脑脊髓炎、肺水肿或心肌炎； （3）接受了住院治疗。
76	严重结核性脑膜炎	由结核杆菌引起的脑膜和脊膜的非化脓性炎症性疾病。 需满足以下全部条件： （1）出现颅内压明显增高，表现头痛、呕吐和视乳头水肿； （2）出现部分性、全身性癫痫发作或癫痫持续状态；

		(3) 视力减退、复视和面神经麻痹。 (4) 昏睡或意识模糊；
77	川崎病	为一种病因不明的系统性血管炎。本附加合同仅对诊断性检查证实川崎病并发动脉瘤或其他心血管异常并且实际接受了手术治疗的情况予以理赔。
78	严重肠道疾病并发症	严重肠道疾病或外伤导致小肠损害并发症，满足以下所有条件： (1) 至少切除了三分之二小肠； (2) 完全肠外营养支持三个月以上。
79	雷伊氏综合征 (严重瑞氏综合征)	指急性脑病合并肝脂肪变性和线粒体功能障碍，可有上呼吸道感染和水痘，而后出现持续性呕吐，谵妄，木僵，癫痫，昏迷；肝脏肿大，肝功能异常，肝脂肪变性。此诊断需由本附加合同约定医院的专科医生确诊，并且肝脏活检结果显示脂肪变性，电子显微镜下显示独特的线粒体形态学改变。
80	严重骨髓异常增生综合征	骨髓增生异常综合征是起源于造血干细胞的一组骨髓克隆增生异常的疾病，表现为无效造血、难治性血细胞减少，有转化为急性髓系白血病的风险。被保险人根据外周血和骨髓活检被明确诊断为骨髓增生异常综合征，并且满足以下所有条件： (1) FAB 分类为难治性贫血伴原始细胞增多 (RAEB)； (2) 根据“骨髓增生异常综合征修订国际预后积分系统 (IPSS-R)”积分≥ 3，属于中危及以上组。
81	冠状动脉血管成形术 (冠状动脉粥样斑块切除术)	是指有心绞痛等心脏不适症状，经过血管造影技术检查证实同时存在两支(其中一支为左冠状动脉主干、左前降支或左回旋支)或更多支的冠状动脉血管发生严重的狭窄(狭窄程度在 70%以上)，需要并且已实施冠状动脉粥样斑块切除术以改善血管的血流状况。索赔时必须提供血管造影的影像资料、报告、手术记录和病历。
82	骨生长不全	是指一种胶原病，特征为骨易碎，骨质疏松和易骨折。主要临床特点包括：发展迟缓、多发性骨折、进行性脊柱后侧凸及听力损害。该病种的检查必须依据身体检查，家族史，X 线检查和皮肤活检报告资料确诊。
83	严重癫痫	本病的诊断须由神经科或儿科专科医生根据典型临床症状和脑电图及 MRI、PET、CT 等影像学检查做出。理赔时必须提供 6 个月以上的相关病历记录证明被保险人存在经抗癫痫药物治疗无效而反复发作的强直阵挛性发作或癫痫大发作，或者已行神经外科手术以治疗反复发作的癫痫。 除外： - 热性惊厥 - 没有全身性发作的失神发作 (癫痫小发作)
84	疾病或外伤所致的智力障碍	因严重头部外伤或疾病造成被保险人智力低常 (智力低于常态)。根据智商 (IQ) 智力低常分为轻度 (IQ50-70)；中度 (IQ35-50)；重度 (IQ20-35) 和极重度 (IQ<20)。根据被保险人年龄采用对应的智力量表如韦克斯勒智力量表 (儿童智力量表或成人智力量表) 检测证实。智商的检测必须由保险人认可的专职心理测验工作者进行，心理检测工作者必须持有心理测量专业委员会资格认定书。 理赔时必须满足下列全部条件： (1) 造成被保险人智力低常的严重头部外伤或疾病 (以诊断日期为准) 发生在被保险人五周岁以后。 (2) 由本附加合同约定医院儿科专科的主任医师级别的医生确诊被保险人由于严重头部创伤或疾病造成智力低常； (3) 保险人认可的专职合格心理检测工作者做的心理检测证实被保险人智力低常 IQ<50 (中度、重度或极重度)； (4) 被保险人的智力低常自诊断确认日起持续 180 天以上。
85	自体造血干细胞移植	指由于患者自身骨髓造血功能异常或为了达到治疗肿瘤的目的，采集患者自己的一部分造血干细胞，分离并深低温保存，再回输给患者使患者的造血功能和免疫功能重新恢复的一种治疗方法。此治疗必须由通过本附加合同约定医院的专科医生认为是医学上必需的情况下进行。

86	婴儿进行性脊肌萎缩症	该病是累及脊髓前角细胞及延髓运动核的神经元退行性变性病，在出生后两年内出现的脊髓和脑干颅神经前角细胞进行性功能障碍，伴随肌肉无力和延髓机能障碍。 该病必须经由本附加合同约定医院的神经科医师通过肌肉活检而确诊。理赔时必须提供肌肉活检的病理报告。 其它类型的脊肌萎缩症如Ⅱ型中间型进行性脊肌萎缩症，Ⅲ型少年型脊肌萎缩症 (Kugelberg-Welander 氏病)不在本保障范围之内。
87	因器官移植导致的人类免疫缺陷病毒感染	指因进行器官移植而感染上人类免疫缺陷病毒（HIV），且须满足下列全部条件： （1）在保障起始日或复效日之后，被保险人因治疗必需而实施器官移植，并且因器官移植而感染人类免疫缺陷病毒； （2）提供器官移植治疗的器官移植中心或医院出具的此次因器官移植感染人类免疫缺陷病毒，属于医疗事故的报告，或者法院终审裁定为医疗事故并且不准上诉； （3）提供器官移植治疗的器官移植中心或医院必须拥有合法经营执照； 任何因其他传播方式（包括：性传播或静脉注射毒品）导致的 HIV 感染不在保障范围内。 保险人承担本项疾病责任不受合同“被保险人感染艾滋病病毒或患艾滋病”的限制。
88	亚急性硬化性全脑炎	是麻疹或麻疹样病毒所致的一种中枢神经系统慢性感染。中枢神经系统呈现灰质和白质破坏为特征的慢性和急性混合存在的炎症。必须满足以下所有条件： （1）脑电图存在周期性复合波、脑脊液 r-球蛋白升高、脑脊液和血清中麻疹抗体滴定度升高； （2）被保险人出现运动障碍，自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上。
89	严重面部烧伤	指面部烧伤程度为Ⅲ度，即全层皮肤烧伤，包括表皮、真皮和皮下组织，且Ⅲ度烧伤的面积达到面部表面积的80%或者 80%以上。
90	进行性多灶性白质脑病	是一种亚急性脱髓鞘性脑病，常常发现于免疫缺陷的病人。必须根据脑组织活检以及本附加合同约定医院的神 经专科医生的确诊。
91	艾森门格综合征	因心脏病导致的严重肺动脉高血压及右向左分流。诊断必须由本附加合同约定心脏专科医生经超声心动图和心导管检查证实及需符合以下所有标准： （1）平均肺动脉压高于 40mmHg； （2）肺血管阻力高于 3mm/L/min（Wood 单位）； （3）正常肺微血管楔压低于 15mmHg。
92	风湿热导致的心脏瓣膜疾病	本保障须满足下列所有条件： （1）经由本附加合同约定医院的儿科专科医生根据已修订的 Jones 标准诊断证实罹患急性风湿热。 （2）因风湿热所导致一个或以上最少轻度心脏瓣膜关闭不全（即返流部份达 20%或以上）或狭窄的心瓣损伤（即心脏瓣面积为正常值的 30%或以下）。有关诊断必须由本附加合同约定医院的的心脏专科医生根据心瓣功能的定量检查证实。
93	脊髓小脑变性症	脊髓小脑变性症为一组以小脑萎缩和共济失调为主要临床特点的疾病。必须符合所有以下条件： （1）脊髓小脑变性症必须由本附加合同认可医院的神经专科医生诊断，并有以下证据支持 ① 影像学检查证实存在小脑萎缩； ② 临床表现存在共济失调、语言障碍和肌张力异常； （2）被保险人运动功能严重障碍，自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上。
94	多处臂丛神经根性撕脱	由于疾病或意外导致至少两根臂丛神经根性撕脱，所造成的手臂感觉功能与运动功能完全永久性丧失。该病必须由本附加合同约定医院的专科医生确诊，并且有完整的电生理检查结果证实。
95	原发性脊柱侧弯的矫正手术	指被保险人因原发性脊柱侧弯，在本附加合同约定医院实际实施了对该病的矫正外科手术。但由于先天性脊柱侧弯以及其他疾病或意外导致的继发性脊柱侧弯而进行的手术治疗不属于本保障责任。

96	弥漫性血管内凝血	指血液凝固系统和纤溶系统的过度活动导致微血管血栓形成、血小板及凝血因子耗竭和严重出血，需要输注血浆和浓缩血小板进行治疗，被保险人已经接受 ICU 重症监护病房的治疗，诊断必须由本附加合同约定医院专科医生的确诊。
97	严重出血性登革热	它涵盖了登革出血热世界卫生组织 3 期或 4 期的定义，需要登革休克综合症的明确证据和登革热感染的确认，以及登革热确诊血清学检测；并满足所有下列条件： (1) 持续高烧的历史（至少两天）， (2) 轻微或严重出血表现， (3) 血小板减少症（小于等于 100000 每立方毫米）， (4) 浓血症（haematocrit 增加了 20%或更多） (5) 血浆渗漏（即胸水，腹水或低蛋白血症等） (6) 登革休克综合征（DSS），由专科医生证实，并满足以下标准： ①低血压（小于 80 毫米汞柱）或窄脉冲压力（20 毫米汞柱或更小） ②组织低灌注，如冷，皮肤湿冷，尿少，或代谢性酸中毒。 WHO 分期标准： 第一期：发烧伴随有非特异性体质症状：血压带试验阳性是唯一出血现象。 第二期：第一期加上有自发性出血。 第三期：已呈现循环衰竭现象，如：脉搏弱、脉搏压变窄，血压变低，伴随有皮肤湿冷，坐立不安。 第四期：严重休克，血压脉搏量不到。
98	败血症导致的多器官功能障碍综合症	多器官功能障碍指败血症导致的并发症，一个或多个器官系统生理功能障碍，因该疾病住院至少 96 小时，并至少满足以下一条标准： (1) 呼吸衰竭，需要进行气管插管机械通气 (2) 凝血血小板计数$<50 \times 10^3$/微升 (3) 肝功能不全，胆红素$> 6\text{mg/dl}$ 或$> 102\mu\text{mol/L}$ (4) 需要用强心剂 (5) 昏迷格拉斯哥昏迷评分（GCS）≤ 9 (6) 肾功能衰竭，血清肌酐$>300 \mu\text{mol/L}$ 或$> 3.5\text{mg/dl}$ 或尿量$<500\text{ml/d}$ 附加标准，也必须满足： •败血症有血液和影像学检查证实 •住院重症监护病房最低 96 小时 •器官功能障碍维持至少 15 天 败血症引起的 MODS 的诊断应由本附加合同约定医院专科医生证实。非败血症引起的 MODS 不在保障范围内。
99	Brugada 综合征	由本附加合同约定医院的心脏科专科医生根据临床症状和典型心电图表现，明确诊断为 Brugada 综合征。经医生判断认为医疗必须并且已安装永久性心脏除颤器。
100	脑型疟疾	恶性疟原虫严重感染导致的脑病或脑型疟疾，以昏迷为主要特征。脑型疟疾的诊断须由本附加合同约定医院的专科医生确认，且外周血涂片存在恶性疟原虫。 其他明确病因导致的脑病不在保障范围内。

释义 4：住院

指被保险人因疾病或意外伤害以及因此而产生的并发症，经医生诊断必须住院治疗。所住之病房为医院正式病房并须办理入、出院手续，但不包括入住门诊观察室、家庭病床、其他非正式病房或挂床病房。

释义 5：住院天数

指被保险人在医院住院部病房实际的住院治疗日数。住院满二十四小时为一日。住院期间请假或外出离开医院的当日的住院津贴将不予给付，具体请假或外出日期以医院的记录为准。

释义 6：既往病症

在本附加合同生效前被保险人已知或应当知道的有关疾病或症状。通常有以下情况：

- (1) 本附加合同生效前，医生已有明确诊断，长期治疗未间断；
- (2) 本附加合同生效前，医生已有明确诊断，治疗后症状未完全消失，有间断用药情况；
- (3) 本附加合同生效前，医生已有明确诊断，但未接受任何治疗；
- (4) 本附加合同生效前，虽未经医生明确诊断和治疗，但症状已经明显足以促使被保险人引起注意并寻求诊断、治疗或护理的症状。

释义 7：挂床住院

指办理正式住院手续的被保险人，在住院期间每日非 24 小时在床、在院，具体表现包括在住院期间连续若干日无任何治疗，只发生护理费、诊疗费、床位费等情况，但遵医嘱到外院接受临时治疗的不在此限。

释义 8：酒后驾驶

指经检测或鉴定，发生事故时车辆驾驶人员每百毫升血液中的酒精含量达到或超过一定的标准，被公安机关交通管理部门依法认定为饮酒后驾驶或醉酒后驾驶。

释义 9：无有效驾驶证

被保险人存在下列情形之一者：

- (1) 无驾驶证或驾驶证有效期已届满；
- (2) 驾驶的机动车与驾驶证载明的准驾车型不符；
- (3) 实习期内驾驶公共汽车、营运客车或者载有爆炸物品、易燃易爆化学物品、剧毒或者放射性等危险物品的机动车，实习期内驾驶的机动车牵引挂车；
- (4) 持未按规定审验的驾驶证，以及在暂扣、扣留、吊销、注销驾驶证期间驾驶机动车；
- (5) 使用各种专用机械车、特种车的人员无国家有关部门核发的有效操作证，驾驶营业性客车的驾驶人无国家有关部门核发的有效资格证书；
- (6) 依照法律法规或公安机关交通管理部门有关规定不允许驾驶机动车的其他情况下驾车。

释义 10：无有效行驶证

指下列情形之一：

- (1) 机动车被依法注销登记的；
- (2) 无公安机关交通管理部门核发的行驶证、号牌，或临时号牌或临时移动证的机动交通工具；
- (3) 未在规定检验期限内进行机动车安全技术检验或检验未通过的机动交通工具；
- (4) 依照法律法规或公安机关交通管理部门有关规定不允许机动车行驶的其他情况。

释义 11：组织病理学检查

组织病理学检查是通过局部切除、钳取、穿刺等手术方法，从患者机体采取病变组织块，经过包埋、切片后，进行病理检查的方法。

通过采集病变部位脱落细胞、细针吸取病变部位细胞、体腔积液分离病变细胞等方式获取病变细胞，制成涂片，进行病理检查的方法，属于细胞病理学检查，不属于组织病理学检查。

释义 12: ICD-10 与 ICD-O-3

《疾病和有关健康问题的国际统计分类》第十次修订版（ICD-10），是世界卫生组织（WHO）发布的国际通用的疾病分类方法。《国际疾病分类肿瘤学专辑》第三版（ICD-O-3），是 WHO 发布的针对 ICD 中肿瘤形态学组织学细胞类型、动态、分化程度的补充编码。其中形态学编码：0 代表良性肿瘤；1 代表动态未定性肿瘤；2 代表原位癌和非侵袭性癌；3 代表恶性肿瘤（原发性）；6 代表恶性肿瘤（转移性）；9 代表恶性肿瘤（原发性或转移性未肯定）。如果出现 ICD-10 与 ICD-O-3 不一致的情况，以 ICD-O-3 为准。

释义 13: TNM 分期

TNM 分期采用 AJCC 癌症分期手册标准。该标准由美国癌症联合委员会与国际抗癌联合会 TNM 委员会联合制定，是目前肿瘤医学分期的国际通用标准。T 指原发肿瘤的大小、形态等；N 指淋巴结的转移情况；M 指有无其他脏器的转移情况。

释义 14: 六项基本日常生活活动

六项基本日常生活活动是指：（1）穿衣：自己能够穿衣及脱衣；（2）移动：自己从一个房间到另一个房间；（3）行动：自己上下床或上下轮椅；（4）如厕：自己控制进行大小便；（5）进食：自己从已准备好的碗或碟中取食物放入口中；（6）洗澡：自己进行淋浴或盆浴。

六项基本日常生活活动能力的鉴定不适用于 0-3 周岁幼儿。

释义 15: 永久不可逆

指自疾病确诊或意外伤害发生之日起，经过积极治疗 180 天后，仍无法通过现有医疗手段恢复。

京东安联财产保险有限公司

附加个人重大疾病保险条款（互联网版）

（报备文件编号：京东安联发〔2024〕232 号）

（注册号：C00005032622024062802973）

一、附加保险合同订立

本附加保险合同（以下简称“本附加合同”）须附加于保险人主保险合同使用。除另有约定外，本附加合同的保险金受益人为被保险人本人。本附加合同仅用于互联网渠道销售。

二、保险责任

本附加合同的保险责任分为必选责任和可选责任，必选责任为投保人在投保时必须选择的部分，可选责任可由投保人决定是否投保，并载明于保险单或批单上，但不能单独投保可选责任。如投保人未选择投保可选责任，则本附加合同中涉及可选责任的约定不发生效力。

（一）必选责任：重大疾病保险金

在保险期间内，被保险人因意外伤害（见释义 1）或在等待期后初次确诊（见释义 2）罹患主保险合同约定的重大疾病（一种或多种），保险人按保险单载明的重大疾病保险金额向被保险人给付重大疾病保险金，给付后本附加合同终止。

（二）可选责任：中症疾病保险金

在保险期间内，被保险人因意外伤害或在等待期后初次确诊罹患本附加合同约定的中症疾病（一种或多种，见附录），保险人按保险单载明的中症疾病保险金额向被保险人给付中症疾病保险金，给付后本附加

合同的中症疾病保险责任终止；在保险期间内，若被保险人在等待期后初次确诊罹患的中症疾病已经符合本附加合同约定的重大疾病定义，保险人不承担给付该次中症疾病保险金的保险责任。

（三）可选责任：轻症疾病保险金

在保险期间内，被保险人因意外伤害或在等待期后初次确诊罹患本附加合同约定的轻症疾病（一种或多种，见附录），保险人按保险单载明的轻症疾病保险金额向被保险人给付轻症疾病保险金，给付后本附加合同的轻症疾病保险责任终止；在保险期间内，若被保险人在等待期后初次确诊罹患的轻症疾病已经符合本附加合同约定的中症疾病或重大疾病定义，保险人不承担给付该次轻症疾病保险金的保险责任。

重大疾病保险金、中症疾病保险金、轻症疾病保险金额由投保人与保险人在订立保险合同时分别约定，并在保险合同中载明，中症疾病约定的单次保险金额不高于本附加合同中重大疾病保险金额的 40%；轻症疾病约定的单次保险金额不高于本附加合同中重大疾病保险金额的 20%。

被保险人在等待期内初次确诊罹患本附加合同约定的重大疾病、中症疾病或轻症疾病的，保险人不承担给付保险金的责任，保险人向投保人无息退还其所交保险费，本附加合同终止。

被保险人在等待期内被怀疑罹患本附加合同约定的重大疾病、中症疾病或轻症疾病的，并已在中国大陆境内（不含港澳台地区）医院接受了相关检验检查（见释义 3），但在等待期后初次确诊罹患本附加合同约定的重大疾病、中症疾病或轻症疾病的，保险人不承担给付重大疾病保险金、中症疾病保险金或轻症疾病保险金的责任，保险人向投保人无息退还所交保险费，本附加合同终止。

三、责任免除

对于下列情形或因下列情形导致被保险人罹患本附加合同约定的重大疾病、中症疾病或轻症疾病的，保险人不承担给付保险金责任：

- （一）投保人对被保险人的故意杀害、故意伤害；
- （二）被保险人故意犯罪或抗拒依法采取的刑事强制措施；
- （三）被保险人故意自伤、自杀，但被保险人自杀时为无民事行为能力人的除外；
- （四）被保险人服用、吸食或注射毒品；
- （五）被保险人酒后驾驶、无合法有效驾驶证驾驶，或驾驶无合法有效行驶证的机动车；
- （六）被保险人感染艾滋病病毒或患艾滋病；
- （七）战争、军事冲突、暴乱或武装叛乱；
- （八）核爆炸、核辐射或核污染；
- （九）遗传性疾病，先天性畸形、变形或染色体异常。

除上述责任免除的内容外，被保险人因罹患本附加合同约定的重大疾病而发生的复发、转移、并发症，即使符合本附加合同约定的中症疾病或轻症疾病，保险人也不承担给付中症疾病保险金或轻症疾病保险金的责任。

四、保险期间

除另有约定外，本附加合同的“保险期间”同主保险合同一致。

五、保险金额和保险费

保险金额是保险人承担给付保险金责任的最高限额。保险金额由投保人、保险人双方约定，并在保险单中载明。

投保人须按本附加保险合同约定支付保险费。本附加保险合同的“保险费支付方式”同主保险合同一致。

六、保险金申请

保险金申请人向保险人申请给付保险金时，应提交以下材料。保险金申请人因特殊原因不能提供以下材料的，应提供其他合法有效的材料。**保险金申请人未能提供有关材料，导致保险人无法核实该申请的真实性的，保险人对无法核实部分不承担给付保险金的责任。**

（一）由被保险人作为申请人填写保险金索赔申请书，并提供下列证明材料向保险人申请保险金：

1. 被保险人的有效身份证明证件；
2. 医院或保险人认可的医疗机构出具的附有病理显微镜检查、血液检验及其他科学方法检验报告的疾病诊断报告书；
3. 所能提供的与确认保险事故的性质、原因等有关的其他证明和资料。

（二）若委托他人代为申请保险金，被委托人还应提供被保险人签字的授权委托书、被委托人的有效身份证件等相关证明文件；

（三）受益人或继承人为未成年人或无民事行为能力人时，由其合法监护人代其申请领取保险金，其合法监护人还必须提供受益人或继承人为未成年人或无民事行为能力人的证明和监护人具有合法监护权的证明。

七、不保证续保

本附加合同为不保证续保合同，本产品保险期间不超过一年，保险期间届满，投保人需要重新向保险公司申请投保本产品，并经保险人同意，交纳保险费，获得新的保险合同。

八、本附加合同效力终止

本附加合同所附属的主保险合同效力终止，本附加合同效力即行终止。主保险合同无效，本附加合同亦无效。解除合同的具体约定和退保计算方式以主保险合同为准。

九、其他条款的适用

本附加合同与主保险合同不一致之处，以本附加合同为准；本附加合同未尽之处，以主保险合同为准。

十、释义

释义 1：意外伤害

指外来的、突发的、非本意的和非疾病的使身体受到伤害的客观事件。**以下情形不属于非本附加合同所指意外伤害：**

- （1）猝死：指由潜在疾病、身体机能障碍或其他非外来性原因所导致的、在出现急性症状后发生的突然死亡，以医院的诊断或公安、司法机关的鉴定为准；
- （2）过敏及由过敏引发的变态反应性疾病；
- （3）高原反应；
- （4）中暑；
- （5）细菌、病毒或其他病原体导致的感染性疾病。

释义 2：初次确诊

指自被保险人出生之日起第一次经医院确诊患有某种疾病，而不是指自本附加合同生效之后第一次经医院确诊患有某种疾病。特别的，本附加合同所约定的重大疾病中“恶性肿瘤—重度”的确诊日应为手术病理取材或病理活检取材日期。

释义 3：相关检验检查

指被保险人在医院接受的以诊断疾病为目的，采取必要的医学手段进行的检查及检验，包括但不限于 X 光、CT、PET-CT、B 超、彩超等影像学检查；心电图、脑电图；核磁共振；胃镜、肠镜等内镜检查；分子生化检验；血、尿、便常规检验；病理学检验等。

附录：中症疾病及轻症疾病的疾病定义

中症疾病

指被保险人发生符合以下疾病定义所述条件的疾病（共 28 种），应当由专科医生明确诊断。

1、慢性肾功能衰竭

指被保险人因双肾功能慢性不可逆性损害，达到肾功能衰竭期，诊断必须满足所有以下标准。

- （1）肾小球滤过率（GFR） $<25\text{ml/min}$ 或肌酐清除率（Ccr） $<25\text{ml/min}$ ；
- （2）血肌酐（Scr） $>5\text{mg/dl}$ 或 $>442\mu\text{mol/L}$ ；
- （3）持续一百八十天。

2、单侧肺脏切除

因疾病或意外伤害实际实施的一侧肺脏切除术，肺脏部分切除手术和肺脏捐献引起的手术不在保障范围内。

3、中度严重溃疡性结肠炎

本保障所指的溃疡性结肠炎须满足下列所有理赔条件：

- （1）须经由内窥镜检查证实该疾病侵犯全部结肠及直肠；
- （2）活检病理学组织切片检查证实为溃疡性结肠炎；
- （3）经专科医生以类固醇或免疫抑制剂连续治疗至少一百八十天。

诊断及治疗均须在保险人认可的医院内由专科医师认为是医疗必须的情况下进行。

4、中度严重克隆病

克隆病是一种慢性肉芽肿性肠炎，具有特征性的克隆病病理组织学变化。

诊断必须由保险人认可医院的专科注册医生经内窥镜及肠病理活检结果证实，同时经专科医生以类固醇或免疫抑制剂连续治疗至少一百八十天，方符合理赔条件。

5、糖尿病肾病

指被保险人被确诊为糖尿病，且因该病导致糖尿病肾病，必须满足下列全部条件：

- （1）肾小球滤过率（使用 MDRD 公式或 Cockcroft-Gault 公式计算的结果），低于 25mL/min/1.73 平方米 ，且此状态须持续至少九十天；
- （2）持续性大量蛋白尿（ $\text{UAE}>200\mu\text{g/min}$ ）或蛋白尿大于 500mg/d ；
- （3）慢性肾功能障碍的诊断必须由泌尿科或肾脏科医师确认。

6、中度阿尔茨海默病

指因大脑进行性、不可逆性改变导致智能严重衰退或丧失，临床表现为明显的认知能力障碍、行为异常和社交能力减退，其日常生活必须持续受到他人监护。须由头颅断层扫描（CT）、核磁共振检查（MRI）或正

电子发射断层扫描（PET）等影像学检查证实，且自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的两项。

7、中度脑炎或脑膜炎后遗症

指因患脑炎或脑膜炎导致的神经系统的永久功能障碍。神经系统永久性的功能障碍，指疾病确诊一百八十天后，仍存在自主活动能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的两项。

8、中度脑损伤

指因头部遭受机械性外力，引起脑重要部位损伤，导致神经系统永久性的功能障碍。须由头颅断层扫描（CT）、核磁共振检查（MRI）或正电子发射断层扫描（PET）等影像学检查证实。神经系统永久性的功能障碍，指脑损伤一百八十天后，仍完全丧失自主生活能力，无法独立完成六项基本日常生活活动中的两项或以上。

9、中度运动神经元病

是一组中枢神经系统运动神经元的进行性变性疾病，进行性脊肌萎缩症、进行性延髓麻痹症、原发性侧索硬化症、肌萎缩性侧索硬化症。

须满足自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的两项。

10、中度瘫痪

指因疾病或意外伤害导致一肢肢体机能永久完全丧失，肢体机能永久完全丧失，指疾病确诊一百八十天后或意外伤害发生一百八十天后，该肢三大关节中的两大关节仍然完全僵硬，或不能随意活动。

11、深度昏迷 72 小时

指因疾病或意外伤害导致意识丧失，对外界刺激和体内需求均无反应，昏迷程度按照格拉斯哥昏迷分级（Glasgow coma scale）结果为 5 分或 5 分以下，且已经持续使用呼吸机及其他生命维持系统达到七十二小时。

12、全身较小面积Ⅲ度烧伤

指烧伤程度为Ⅲ度，且Ⅲ度烧伤的面积达到全身体表面积的 15%或 15%以上。体表面积根据《中国新九分法》计算。

13、意外伤害所需的面部重建手术

指为修复意外伤害或暴力袭击造成的面部毁损，实际接受了在全身麻醉的情况下，由整形外科医生实施的严重缺陷、缺失、损害或变形的面部形态和结构进行修复或重建的面部整形手术。面部整形手术必须在意外伤害后的一百八十天内实施。**因面部外伤后遗留的线条状瘢痕及色素沉着而施行的手术不在保障范围内。**意外伤害必须满足下列全部条件：

- （1）由外在暴力引起并且造成表面可视性伤口和面部骨结构损害的，或面部皮肤三度或全层意外烧伤；
- （2）是造成面部毁损的直接和独立的原因。

14、中度严重类风湿性关节炎

指一种慢性自身免疫性疾病，主要表现为慢性、进行性多关节病变。本病须经专科医生明确诊断，须满足下列所有条件：

- （1）至少包括下列关节中的二组或以上有广泛受损和畸形改变：双手指关节、双腕关节、双肘关节、双膝关节、双髋关节、双踝关节、脊椎或双脚趾关节；
- （2）X 线检查可见类风湿性关节炎的典型变化；
- （3）关节的畸形改变至少持续一百八十天；
- （4）自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的二项或二项以上，至少持续一百八十天。

15、中度严重系统性红斑狼疮

本保障所指的系统性红斑狼疮必须符合下列所有理赔条件：

(1) 在下列 5 项情况中出现最少 2 项：

- ①关节炎：非磨损性关节炎，需涉及两个或以上关节；
- ②浆膜炎：胸膜炎或心包炎；
- ③肾病：二十四小时尿蛋白定量达到 0.5 克，或尿液检查出现细胞管型；
- ④血液学异常：溶血性贫血、白细胞减少、或血小板减少；
- ⑤ 抗核抗体阳性、或抗 dsDNA 阳性，或抗 Smith 抗体阳性。

(2) 系统性红斑狼疮的诊断必须由保险人认可医院的风湿科或免疫系统专科医生确定。

16、中度肌营养不良症

指一组原发于肌肉的遗传性疾病，临床表现为与神经系统无关的肌肉无力和肌肉萎缩。须满足下列全部条件：

- (1) 肌肉组织活检结果满足肌营养不良症的肌肉细胞变性、坏死等阳性改变；
- (2) 自主生活能力严重丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的两项或两项以上。

本疾病不受本附加合同第三条责任免除中关于“遗传性疾病、先天性畸形、变形或染色体异常”的限制。

17、中度帕金森氏病

是一种中枢神经系统的退行性疾病，临床表现为震颤麻痹、共济失调等。必须满足下列全部条件：

- (1) 药物治疗无法控制病情；
- (2) 自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的两项。

继发性帕金森综合症不在保障范围内。

18、结核性脊髓炎

因结核杆菌引起的脊髓炎，导致永久性神经系统功能中度障碍，即：疾病首次确诊一百八十天后，仍遗留下列一种或一种以上障碍：

- (1) 一肢或一肢以上肢体肌力Ⅲ级或Ⅲ级以下的运动功能障碍；
- (2) 自主生活能力部分丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的二项或二项以上。

该诊断必须由保险人认可医院的神经专科医生证实，并必须由适当的检查证明为结核性脊髓炎。

19、激光心肌血运重建术

指患有顽固性心绞痛，经持续药物治疗后无改善，冠状动脉搭桥手术及经皮血管成形手术已失败或者被认为不适合。在保险人认可医院内实际进行了开胸手术下或者胸腔镜下的激光心肌血运重建术。

20、中度脊髓灰质炎

脊髓灰质炎是由于脊髓灰质炎病毒感染所致的瘫痪性疾病，临床表现为运动功能损害或呼吸无力。脊髓灰质炎必须明确诊断。

本附加合同仅对脊髓灰质炎造成的神经系统功能损害导致被保险人持续瘫痪九十天以上的情况予以理赔。

21、中度肠道疾病并发症

严重肠道疾病或外伤导致小肠损害并发症，必须满足下列全部条件：

- (1) 至少切除了二分之一小肠；
- (2) 完全肠外营养支持二个月以上。

因“克罗恩病”所致中度肠道疾病并发症不在本保障范围内。

22、中度多发性硬化症

指被保险人因脑及脊髓内的脱髓鞘病变而出现神经系统多灶性（多发性）多时相（至少六个月以内有一次以上（不包含一次）的发作）的病变，须由计算机断层扫描（CT）、核磁共振检查（MRI）或正电子发射断层扫描（PET）等影像学检查证实，且已经造成自主生活能力严重丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的两项，持续至少一百八十天。

23、中度进行性核上神经麻痹症

指一种少见的神经系统变性疾病，以假球麻痹、垂直性核上性眼肌麻痹、锥体外系肌僵直、步态共济失调和轻度痴呆为主要临床特征。须满足自主生活能力严重丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的两项

24、中度重症肌无力

指一种神经肌肉接头传递障碍所致的疾病，表现为局部或全身骨骼肌（特别是眼外肌）极易疲劳。疾病可以累及呼吸肌、上肢或下肢的近端肌群或全身肌肉，必须满足下列全部条件：

- （1）经药物治疗或胸腺手术治疗一年以上无法控制病情，症状缓解、复发及恶化交替出现；
- （2）自主生活能力严重丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的两项。

25、中度强直性脊柱炎

是一种慢性全身性炎性疾病，主要侵犯脊柱导致脊柱畸形。必须明确诊断并且满足下列全部条件：

- （1）严重脊柱畸形；
- （2）自主生活能力严重丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的两项。

26、中度克-雅氏病

指一种传染性海绵状脑病，临床表现为快速进行性痴呆、肌阵挛和特征性脑电图变化。

须由保险人认可的医疗机构的专科医师根据 WHO 诊断标准明确诊断，并且自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的两项，但未达到本附加合同重大疾病“疯牛病”的标准。

27、中度急性心肌梗塞

指被临床诊断为急性心肌梗塞病接受了急性心肌梗塞治疗，虽然未达到本附加合同重大疾病“急性心肌梗塞”的给付标准，但须满足下列至少三项条件：

- （1）典型临床表现，例如急性胸痛；或不典型临床表现，例如上背部左侧、左肩、左臂内侧疼痛等；
- （2）心电图有损伤性的 ST 段改变但未出现病理 Q 波；
- （3）肌钙蛋白和肌酸激酶同工酶同时出现有诊断意义的升高；
- （4）超声心动图有局部室壁运动异常减弱的表现。

28、糖尿病并发症引发的单足截除

因糖尿病引起的神经及血管病变累及足部，为了维持生命在保险人认可医院内已经进行了医疗必须的由足踝或以上位置的单足截除手术。

切除多只脚趾或因任何其他原因引起的截除术不在保障范围内。

轻症疾病

指被保险人发生符合以下疾病定义所述条件的疾病（共 45 种），应当由专科医生明确诊断。

下列第 1 至第 3 项为中国保险行业协会和中国医师协会联合颁布的《重大疾病保险的疾病定义使用规范（2020 年修订版）》规定的 3 种轻症疾病定义，第 4 至第 45 项为保险人增加的疾病种类并自行制定的疾病定义。

1、恶性肿瘤——轻度*

指恶性细胞不受控制的进行性增长和扩散，浸润和破坏周围正常组织，可以经血管、淋巴管和体腔扩散转移到身体其他部位，病灶经组织病理学检查（涵盖骨髓病理学检查）结果明确诊断，临床诊断属于世界卫生组织（WHO， World Health Organization）《疾病和有关健康问题的国际统计分类》第十次修订版（ICD-10）的恶性肿瘤类别及《国际疾病分类肿瘤学专辑》第三版（ICD-O-3）的肿瘤形态学编码属于3、6、9（恶性肿瘤）范畴，但不在“恶性肿瘤——重度”保障范围的疾病。且特指下列六项之一：

- （1）TNM分期为I期的甲状腺癌；
- （2）TNM分期为T1N0M0期的前列腺癌；
- （3）黑色素瘤以外的未发生淋巴结和远处转移的皮肤恶性肿瘤；
- （4）相当于Binet分期方案A期程度的慢性淋巴细胞白血病；
- （5）相当于Ann Arbor分期方案I期程度的何杰金氏病；
- （6）未发生淋巴结和远处转移且WHO分级为G1级别（核分裂像 $<10/50$ HPF和ki-67 $\leq 2\%$ ）的神经内分泌肿瘤。

下列疾病不属于“恶性肿瘤——轻度”，不在保障范围内：

ICD-O-3肿瘤形态学编码属于0（良性肿瘤）、1（动态未定性肿瘤）、2（原位癌和非侵袭性癌）范畴的疾病，如：

- a. 原位癌，癌前病变，非浸润性癌，非侵袭性癌，肿瘤细胞未侵犯基底层，上皮内瘤变，细胞不典型性增生等；
- b. 交界性肿瘤，交界恶性肿瘤，肿瘤低度恶性潜能，潜在低度恶性肿瘤等。

2、较轻急性心肌梗死*

急性心肌梗死指由于冠状动脉闭塞或梗阻引起部分心肌严重的持久性缺血造成急性心肌坏死。急性心肌梗死的诊断必须依据国际国内诊断标准，符合

- （1）检测到肌酸激酶同工酶（CK-MB）或肌钙蛋白（cTn）升高和/或降低的动态变化，至少一次达到或超过心肌梗死的临床诊断标准；
- （2）同时存在下列之一的证据，包括：缺血性胸痛症状、新发生的缺血性心电图改变、新生成的病理性Q波、影像学证据显示有新出现的心肌活性丧失或新出现局部室壁运动异常、冠脉造影证实存在冠状动脉血栓。

较轻急性心肌梗死指依照上述标准被明确诊断为急性心肌梗死，但未达到“较重急性心肌梗死”的给付标准。

其他非冠状动脉阻塞性疾病引起的肌钙蛋白（cTn）升高不在保障范围内。

3、轻度脑中风后遗症*

指因脑血管的突发病变引起脑血管出血、栓塞或梗塞，须由头颅断层扫描（CT）、核磁共振检查（MRI）等影像学检查证实，并导致神经系统永久性的功能障碍，但未达到“严重脑中风后遗症”的给付标准，在疾病确诊一百八十天后，仍遗留下列至少一种障碍：

- （1）一肢（含）以上肢体肌力为3级；
- （2）自主生活能力部分丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的两项。

4、肾脏切除

因肾脏疾病或外伤而确实已经接受手术切除左肾和/或右肾。

手术必须被保险人认可医院的专科注册医生视为必要的。肾脏部分切除手术和肾脏捐献引起的手术不在本保障范围内。

5、急性出血坏死性胰腺炎腹腔镜手术

指被保险人被确诊为急性出血性坏死性胰腺炎，并实际接受了腹腔镜手术治疗，以进行坏死组织清除、坏死病灶切除或胰腺切除。

因酗酒或饮酒过量所致的急性坏死性胰腺炎不在本保单保障范围内。

6、肝叶切除

指因疾病或意外伤害实际实施的肝脏部分切除术，手术须有至少一个完整的肝叶切除。**肝脏捐献引起的手术不在本保障范围内。**

7、双侧卵巢或睾丸切除术

指为治疗疾病实际接受了双侧卵巢或双侧睾丸完全切除手术。

部分卵巢或睾丸切除不在保障范围。

8、胆总管小肠吻合术

因疾病或胆道损伤导致实际接受涉及胆总管小肠吻合术的胆道重建手术。

诊断及治疗均须在保险人认可的医院内由专科医师认为是医疗必须的情况下进行。因胆道闭锁等先天性疾病而导致进行的胆道手术并不在本保障范围内。

9、原位癌

指恶性细胞局限于上皮内尚未穿破基底膜浸润周围正常组织的癌细胞新生物。必须经对固定活组织的组织病理学检查明确诊断为原位癌，临床诊断属于世界卫生组织《疾病和有关健康问题的国际统计分类》第十次修订版（ICD-10）的原位癌范畴，并且已经接受了针对原位癌病灶的手术切除治疗。

任何细胞病理学检查结果均不能作为诊断依据。

10、早期肝硬化

肝硬化为各种慢性肝病发展的晚期阶段。肝硬化须由专科医生明确诊断。必须由活检证实有再生的肝细胞结节和典型的肝组织纤维化。下列条件必须全部满足并至少持续一年：

- （1）持续性黄疸，胆红素水平升高超过 $50 \mu\text{mol/L}$ ；
- （2）蛋白质合成异常，白蛋白水平低于 27g/L ；
- （3）异常凝血功能，凝血酶原时间超过正常上限的 2 倍或以上，或者国际正常化比率（INR）在 2.0 以上。

因酒精、毒品或药物滥用导致的肝硬化不在保障范围内。

11、因肾上腺腺瘤的肾上腺切除术

因肾上腺腺瘤所导致醛固酮分泌过多而产生的继发性恶性系统高血压而接受肾上腺切除术。恶性高血压无法由药物控制。

此肾上腺切除术需由专科医生确诊为处理高血压控制不佳的必要治疗行为。

12、可逆性再生障碍性贫血

指因急性可逆性的骨髓造血功能衰竭而导致贫血、中性粒细胞减少和血小板减少，必须由血液科医生的诊断，且病历资料显示接受了下列任一治疗：

- （1）骨髓刺激疗法至少累计三十日；
- （2）免疫抑制剂治疗至少累计三十日；
- （3）接受了骨髓移植。

13、微创小切口冠状动脉搭桥术

微创小切口冠状动脉搭桥手术是指通过在肋骨之间开一个细小的切口，使用特制的加长器械，进行非体外循环下的冠状动脉搭桥手术，以矫正一条或一条以上冠状动脉狭窄或闭塞。该手术亦可称“锁孔”式冠状动脉搭桥手术。

手术须为医疗所需且由本附加合同约定的医院的专科医生施行。

14、冠状动脉介入手术（非开胸手术）

为了治疗明显的冠状动脉狭窄性疾病，首次实际实施了冠状动脉球囊扩张成形术、冠状动脉支架植入术、冠状动脉粥样斑块切除术或激光冠状动脉成形术。

15、心脏瓣膜介入手术（非开胸手术）

为了治疗心脏瓣膜疾病，实际实施了非开胸的经胸壁打孔内镜手术或经皮经导管介入手术进行的心脏瓣膜置换或修复手术。

16、主动脉内手术（非开胸手术）

为了治疗主动脉疾病实际实施了经皮经导管进行的动脉内手术。

主动脉指胸主动脉和腹主动脉，不包括胸主动脉和腹主动脉的分支血管。

17、心包膜切除术

因心包膜疾病导致已接受心包膜切除术或已进行任何需要心脏小切口技术的手术。手术必须在心脏科医生认为是医学上必需的情况下进行。

投保时已经缺失一侧的不在保障范围内。

18、骨质疏松骨折导致的全髋关节置换手术

骨质疏松是一种系统性疾病。其特征为骨质量减少，骨小梁数目减少、变细和骨皮质变薄，导致脆性增加，骨折危险增加。根据世界卫生组织（WHO）建议，骨密度（BMD）较正常成人骨密度平均值降低 2.5 个标准差为骨质疏松症。必须满足下列所有条件：

- （1）依照诊断标准确诊为骨质疏松症；
- （2）实际发生了股骨颈骨折并接受了髋关节置换手术。

19、颈动脉狭窄介入治疗

颈动脉血管介入治疗术是对一条或以上的颈动脉狭窄的治疗，疾病的诊断及治疗均须在保险人认可的医院内由专科医师认为是医疗必须的情况下进行。理赔时必须同时符合下列所有条件：

- （1）经由血管造影术证明一条或以上的颈动脉存在 50%或以上狭窄；
- （2）确实已针对以上狭窄血管进行介入治疗以减轻症状，介入治疗包括血管成形术及/或进行植入支架或颈动脉粥样斑块清除手术。

20、特定周围动脉疾病的血管介入治疗

指为治疗一条或者一条以上的下列动脉狭窄而实施的血管介入治疗：

- （1）为下肢或者上肢供血的动脉。上肢动脉指：肱动脉及其下行分支血管；下肢血管指：股动脉及其下行分支血管；
- （2）肾动脉；
- （3）肠系膜动脉。

须满足下列全部条件：

- （1）经血管造影术证实一条或者一条以上的上述动脉狭窄达到 50%或者以上；
- （2）对一条或者一条以上的上述动脉施行了血管介入治疗，如血管成形术及/或者进行植入支架或者动脉粥样瘤清除手术。

上述动脉疾病的诊断以及相关治疗的必要性必须由血管疾病的专科医生确定。

21、早期原发性心肌病

被诊断为原发性心肌病，并符合下列所有条件：

(1) 导致心室功能受损，其受损程度达到美国纽约心脏病学会心脏功能分级的第Ⅲ级，或其同等级别，即：体力活动明显受限，休息时无症状，轻于日常的活动即可引起充血性心力衰竭的症状；

(2) 左室射血分数 LVEF<35%；

(3) 原发性心肌病的诊断必须由保险人认可医院的心脏专科注册医师确认，并提供心脏超声检查结果报告。

本保障范围内的心肌病包括扩张型心肌病、肥厚型心肌病及限制型心肌病。继发于全身性疾病或其他器官系统疾病及酒精滥用造成的心肌病变不在保障范围内。

22、心脏起搏器或除颤器植入

因严重心律失常而于胸腔内进行植入永久性心脏起搏器或除颤器的手术，此严重心律失常并不能以其他方法治疗。

必须由相关专科医生确认植入心脏起搏器或除颤器为医疗所需。

23、植入腔静脉过滤器

指患者因反复肺栓塞发作，抗凝血疗法无效而接受手术植入腔静脉过滤器。

此手术须在保险人认可医院内由专科医生认为是医疗必须的情况下进行。

24、原发性肺动脉高压

指不明原因的肺动脉压力持续性增高，进行性发展而导致右心室肥厚，已经造成永久不可逆性的体力活动能力受限，达到美国纽约心脏病学会心功能状态分级Ⅲ级，且静息状态下肺动脉平均压超过 25mmHg。

25、脑垂体瘤、脑囊肿、脑动脉瘤及脑血管瘤

指经头颅断层扫描（CT）、核磁共振（MRI）或其他影像学检查被确诊为下列病变，并实际接受了手术或放射治疗。

(1) 脑垂体瘤；

(2) 脑囊肿；

(3) 脑动脉瘤、脑血管瘤。

26、轻度颅脑手术

被保险人确已实施全麻下的颅骨钻孔手术或经鼻蝶窦入颅手术。

因外伤而实施的脑外科手术不在保障范围内。

27、植入大脑内分流器

指被保险人因疾病或外伤导致脑积水，经保险人认可的神经外科专科医生确诊，并且确认因医疗需要必须且已经实际植入了大脑内分流器，以降低脑脊液压力。

先天性脑积水不在本保障范围内。

28、单个肢体缺失

指因疾病或意外伤害导致一个肢体自腕关节或踝关节近端（靠近躯干端）以上完全断离。

29、单耳失聪

指因疾病或意外伤害导致单耳或双耳听力永久不可逆性丧失，在 500 赫兹，1000 赫兹和 2000 赫兹语音频率下，平均听阈大于 80 分贝。需有纯音听力测试、声导抗检测或听觉诱发电位检测等证实。

申请理赔时被保险人的年龄必须在三周岁以上，并需提供被保险人三周岁以后的听力受损诊断及相关检查报告。

30、人工耳蜗植入术

指由于耳蜗的永久损害而实际实施了人工耳蜗植入手术。诊断须经专科医生确认在医学上是必要的，且在植入手术之前已经符合下列全部条件：

- (1) 双耳持续十二个月以上重度感音神经性耳聋；
- (2) 使用相应的听力辅助设备效果不佳。

申请理赔时被保险人的年龄必须在三岁以上，并需提供被保险人三周岁以后的耳蜗受损诊断及相关检查报告。

31、视力严重受损

指因疾病或意外伤害导致双目视力永久不可逆性丧失，虽然未达到重大疾病“双目失明”的给付标准，但满足下列全部条件：

- (1) 双眼中较好眼矫正视力低于 0.1（采用国际标准视力表，如果使用其他视力表应进行换算）；
- (2) 双眼中较好眼视野半径小于 20 度。

申请理赔时，被保险人年龄必须在三周岁以上，并需提供被保险人三周岁以后的视力丧失诊断及相关检查报告，双侧眼球摘除不受此时间限制。

32、角膜移植

指为增进视力或治疗某些角膜疾患，已经实施了异体的角膜移植手术。此手术必须在保险人认可医院内由专科医生认为是医疗必须进行的情况下进行。

33、单目失明

指因疾病或意外伤害导致单眼视力永久不可逆性丧失，须满足下列至少一项条件：

- (1) 眼球缺失或摘除；
- (2) 矫正视力低于 0.02（采用国际标准视力表，如果使用其他视力表应进行换算）；
- (3) 视野半径小于 5 度。

34、严重阻塞性睡眠窒息症

必须经保险人认可的呼吸科专科医生，通过多导睡眠监测仪检查明确诊断为严重阻塞性睡眠呼吸暂停综合征（OSA），并必须同时符合以下两项条件：

- (1) 被保险人目前须在夜间接受持续气道正压呼吸器（CPAP）的治疗；
- (2) 须提供睡眠测试的文件证明，显示呼吸暂停低通气指数(AHI)>30，并且夜间血氧饱和度监测平均值<85%。

35、较小面积III度烧伤

指烧伤程度为III度，且III度烧伤的面积达到全身体表面积的 10%或 10%以上。体表面积根据《中国新九分法》计算。

36、强直性脊柱炎的特定手术治疗

指诊断为强直性脊柱炎，且满足下列全部条件：

- (1) 脊柱、髋、膝关节疼痛活动受限；
- (2) 脊柱后凸畸形，髋、膝关节强直；
- (3) X线关节结构破坏征象；
- (4) 实际实施了下列手术治疗的一项或多项：

- ①脊柱截骨手术；
- ②全髋关节置换手术；
- ③膝关节置换手术。

37、血管性痴呆

指由缺血性卒中、出血性卒中和造成记忆、认知和行为等脑区低灌注的脑血管疾病所致的严重认知功能障碍综合征。被保险人自主生活能力严重丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的两项或两项以上，

持续至少一百八十天，日常生活必须持续受到他人监护。导致痴呆的疾病必须明确诊断，并且有完整的临床、实验室和影像学检查结果证实。

38、多发肋骨骨折

因一次意外伤害事故导致胸部损伤同时大于等于 12 根肋骨骨折，**陈旧性骨折不在保障范围之内。**

39、风湿热导致的心脏瓣膜疾病

本保障须满足下列全部条件：

- (1) 经由保险人认可的儿科专科医生根据已修订的 Jones 标准诊断证实罹患急性风湿热。
- (2) 因风湿热所导致一个或以上最少轻度心脏瓣膜关闭不全或狭窄的心瓣损伤。有关诊断必须由保险人认可医院的的心脏专科医生根据心瓣功能的定量检查证实。

40、无颅内压增高的微小良性脑肿瘤

指直径小于 2cm 的脑的微小良性肿瘤，临床上无颅内压升高表现，无危及生命征象。微小良性脑肿瘤由头颅断层扫描（CT）、核磁共振检查（MRI）或正电子发射断层扫描（PET）等影像学检查证实，未实施开颅或微创切除肿瘤的手术治疗，仅接受了针对该脑肿瘤的放射治疗。

脑垂体瘤、脑囊肿、脑动脉瘤及脑血管瘤不在本保障范围。

41、硬脑膜下血肿手术

为清除或引流因意外导致的血肿，需于头部进行开颅或钻孔手术。开颅或钻孔手术必须由专科医生认为是医学上必需的情况下进行。

42、早期象皮病

指因丝虫感染导致淋巴管阻塞而造成身体组织出现严重淋巴水肿。此病症须经保险人指定或认可的医疗机构的专科医生根据临床表现和微丝蚴的化验结果确诊。

急性淋巴管炎或其他原因引起的淋巴水肿并不在本保障范围。

43、席汉氏综合症

指因产后大出血并发休克、全身循环衰竭、弥漫性血管内凝血导致脑垂体缺血坏死和垂体分泌激素不足，造成性腺、甲状腺、肾上腺皮质功能减退。必须满足下列全部条件：

- (1) 产后大出血休克病史；
- (2) 严重腺垂体功能破坏，破坏程度>95%；
- (3) 影像学检查显示脑垂体严重萎缩或消失；
- (4) 实验室检查显示：垂体前叶激素全面低下（包括生长激素、促甲状腺素、促肾上腺皮质激素、卵泡刺激素和黄体生成素）和性激素、甲状腺素、肾上腺皮质激素全面低下；
- (5) 需要终身激素替代治疗以维持身体功能，持续服用各种替代激素超过一年。

44、肺功能衰竭

指因慢性呼吸系统疾病导致呼吸功能衰竭，未达到本附加合同重大疾病“慢性呼吸功能衰竭终末期肺病”的标准，且诊断必须满足以下所有条件：

- (1) 第一秒末用力呼吸量（FEV1）小于 1 升；
- (2) 残气容积占肺总量（TLC）的 50%以上；
- (3) PaO2<60mmHg。

45、早期系统性硬皮病

指一种以局限性或弥漫性皮肤增厚和皮肤、血管、内脏器官异常纤维化为特征的结缔组织病。本项疾病须经专科医生明确诊断，未达到本附加合同重大疾病“系统性硬皮病”的标准，并须满足下列所有条件：

(1) 必须是经由保险人认可医院的风湿学专科医生根据美国风湿病学会 (ACR) 及欧洲抗风湿病联盟 (EULAR) 在 2013 年发布的系统性硬皮病诊断标准确认达到确诊标准 (总分值由每一个分类中的最高比重 (分值) 相加而成, 总分 ≥ 9 分的患者被分类为系统性硬皮病);

(2) 须提供明确的病理活检及自身抗体免疫血清学证据支持。

以下情况不在本附加合同保障范围内:

(1) 局限性硬皮病 (带状硬皮病或斑状损害);

(2) 嗜酸性筋膜炎;

(3) CREST 综合征。

京东安联财产保险有限公司

附加个人住院特定医疗费用及在线问诊药品服务保险条款 (互联网 2025 版)

(报备文件编号: 京东安联发〔2025〕345 号)

(注册号: C00005032522025111107423)

一、附加保险合同成立

本附加保险合同 (以下简称“本附加合同”) 须附加于保险人主保险合同使用。除另有约定外, 本附加合同的保险金受益人为被保险人本人。本附加合同仅用于互联网渠道销售。

二、保险责任

投保人可选择投保以下一项或几项保险责任或服务, 具体由投保人与保险人协商确定, 并在保险单中载明。

(一) 重大疾病特需费用保险金

在保险期间内, 若被保险人因意外伤害或在等待期后初次确诊 (释义 1) 罹患主保险合同约定的重大疾病, 本附加合同扩展承保被保险人在特定医疗机构 (释义 2) 产生的符合主保险合同约定的重大疾病医疗及外购药械费用医疗保险金责任范围内的各项必需且合理的 (释义 3) 医疗费用, 保险人按照本附加合同约定扣除免赔额后按赔付比例给付重大疾病特需费用保险金。

(二) 一般医疗特需费用及免赔额补偿保险金

在保险期间内, 若被保险人在因意外伤害或在等待期后初次出现症状 (释义 4) 或体征 (释义 5) 且确诊罹患疾病, 且在本附加合同约定的特定医疗机构产生符合主保险合同约定的一般医疗及外购药械费用医疗保险金责任范围内的各项必需且合理的医疗费用, 针对被保险人在主保险合同项下已获得赔偿后的剩余的医疗费用 (包括免赔额部分费用以及特需医疗费用), 保险人将按照本附加合同约定扣除免赔额后按赔付比例给付一般医疗特需费用及免赔额补偿保险金。

(三) 在线问诊及药品服务

在保险期间内, 被保险人在本附加保险合同约定的服务有效期内, 可在本附加保险合同约定的在线问诊医疗机构 (释义 6) 使用在线问诊服务。

被保险人在本附加保险合同约定的在线问诊医疗机构使用在线问诊服务, 经诊断罹患疾病且需要药品治疗的, 授权服务商 (释义 7) 根据在线问诊及药品服务手册 (释义 8) 载明的服务内容及其所开具的处方, 向被保险人提供药品服务。

本附加保险合同中的在线问诊及药品服务仅限被保险人本人使用。

本附加保险合同中约定的被保险人自付比例对应的药品服务费用金额，需由被保险人自行承担；每次提供药品服务对应的费用金额以保险单载明的每次药品服务额度为限，超过每次药品服务额度的部分，由被保险人自行承担。授权服务商基于本附加保险合同累计提供服务所对应的费用金额总额以保险单载明的累计服务额度为限。授权服务商提供的药品服务次数、每次药品服务额度、每次药品服务被保险人需自付的比例、累计服务额度、药品配送费用服务额度，以保险单约定为准。

三、免赔额

（一）本附加合同所指免赔额均指年免赔额，指在本附加合同保险期间内，应由被保险人自行承担，本附加合同不予补偿的部分。被保险人从商业保险或其他途径已获得的医疗费用补偿可用于抵扣免赔额，但通过社会医疗保险和公费医疗保险获得的补偿，不可用于抵扣免赔额。

（二）免赔额由投保人与保险人在订立本保险合同时协商确定，并在保险单中载明。

四、补偿原则和赔付标准

（一）本附加合同适用医疗费用补偿原则。若被保险人已从其他途径（包括社会医疗保险、公费医疗、工作单位、保险人在内的任何商业保险机构等）获得医疗费用补偿，则保险人仅对被保险人实际发生的医疗费用扣除其所获医疗费用补偿后的余额按照本附加合同的约定进行赔付。社保卡个人账户部分支出视为个人支付，不属于已获得的医疗费用补偿。

（二）若被保险人以参加社会医疗保险身份投保，但未以参加社会医疗保险身份就诊并结算的，则保险人按照保险单载明的比例进行补偿。

五、责任免除

（一）下列责任免除适用于“（一）重大疾病特需费用保险金”及“（二）一般医疗特需费用及免赔额补偿保险金”

1. 主保险合同中所有责任免除（如适用）均适用于本附加合同，若主保险合同中责任免除与本附加合同有相抵触之处，则应以本附加合同为准。

2. 任何因下列情形之一导致被保险人支出医药费用的，或具备下列情形/行为的，保险人不承担赔付责任：

（1）被保险人醉酒，服用、吸食或注射毒品；

（2）先天性疾病（以世界卫生组织颁布的《疾病和有关健康问题的国际统计分类（ICD-10）》为准）；

（3）被保险人在初次投保或非连续投保前所患的既往病症（释义9）及其并发症，但投保时已如实告知并经保险人审核书面同意承保的不在此限。

（4）等待期内罹患的疾病或等待期内接受检查但在等待期后确诊的疾病。

3. 不符合本附加合同约定的医疗费用：

（1）任何滋补类中草药及其泡制的各类酒制剂；

（2）医生开具的单次超过30天部分的药品费用；

（3）未被治疗所在地法定主管部门批准的治疗，未获得治疗所在地政府许可或批准的药品或药物；

（4）非住院期间产生的医疗费用（特殊门诊不在此限）；

（5）不符合入院标准、挂床住院或住院病人应当出院而拒不出院产生的费用（从医院确定出院之日起发生的一切医疗费用）。挂床住院指办理正式住院手续的被保险人，在住院期间每日非24小时在床、在

院。具体表现包括在住院期间连续若干日无任何治疗，只发生护理费、诊疗费、床位费等情况。但遵医嘱到外院接受临时治疗的不在此限；

(6) 在医院的（门）急诊观察室、家庭病床（房）入住产生的费用；

(7) 在康复科、康复病床或接受康复治疗入住；或在健康中心或天然治疗所、疗养或康复医院入住产生的费用；

(8) 在联合医院、联合病房、诊所、精神病院、老人院、疗养院、戒毒中心和戒酒中心入住产生的费用；

(9) 被保险人住院体检产生的费用；

(10) 被保险人住院期间一天内未接受与入院诊断相关的检查和治疗，或一天内住院不满二十四小时产生的费用；但遵医嘱到外院接受临时治疗的不在此限；

(11) 因预防、康复、保健型或非疾病治疗类项目发生的医疗费用；

(12) 被保险人接受实验性治疗，即未经科学或医学认可的医疗产生的费用。

4. 被保险人在下列期间发生的医疗费用，保险人也不承担赔付保险金责任：

被保险人罹患艾滋病（AIDS）或感染艾滋病病毒（HIV）期间（上述定义，应按世界卫生组织所订的定义为准。若在被保险人的血液样本中发现上述病毒或其抗体，则认定病人已受该病毒感染）。

（二）下列责任免除适用于“（三）在线问诊及药品服务”

下列费用或损失，不属于在线问诊及药品服务责任项下的服务范围：

(1) 在保险人指定医疗机构以外的其他机构发生的费用；

(2) 未持有经保险人指定医疗机构的医生开具的处方而自行购买的药品；

(3) 被保险人单方提出、医生诊断认为非合理且必需的药品；

(4) 保险单载明的由被保险人自付的药品服务费用部分金额。

六、保险金额和保险费

保险金额是保险人承担赔付保险金责任的最高限额。本附加合同的保险金额由投保人、保险人双方约定，并在保险单中载明。

投保人应该按照合同约定向保险人交纳保险费。

七、保险期间

除另有约定外，本附加合同的“保险期间”同主保险合同一致。

八、不保证续保

本附加合同为不保证续保合同，本产品保险期间不超过一年，保险期间届满，投保人需要重新向保险人申请投保本产品，并经保险人同意，交纳保险费，获得新的保险合同。

九、保险金申请

保险金申请人向保险人申请给付保险金时，应提交以下材料。保险金申请人因特殊原因不能提供以下材料的，应提供其他合法有效的有关材料。保险金申请人未能提供有关材料，导致保险人无法核实该申请的真实性的，保险人对无法核实部分不承担给付保险金的责任。

1. 保险金申请人完整填写的索赔申请表并签名确认；

2. 被保险人、保险金申请人的有效身份证件；
3. 监护人的身份证复印件及与被保险人的关系证明复印件（未成年人适用）；
4. 医院出具的完整病历资料，包括诊断证明、门（急）诊病历、处方、住院病历或出院记录、检查检验报告等；
5. 保险金申请人所能提供的与确认保险事故的性质、原因、损失程度等有关的其他证明和资料；
6. 若受益人委托他人申请的，还应提供授权委托书原件、委托人（受益人）和受托人的身份证明等相关证明文件。受益人为无民事行为能力人或限制民事行为能力人的，由其监护人代为申请保险金，并提供监护人的身份证明等资料；
7. 其它与本项索赔有关的证明文件。

在保险人的理赔审核过程中，**保险人有权在合理的范围内对索赔的被保险人进行医疗检查**。此类检验费用由保险人承担。

十、在线问诊及药品服务申请

被保险人申请提供服务时，应首先向授权服务商提供下列证明和资料：

- （一）被保险人身份信息；
- （二）被保险人病情说明；

被保险人未履行前款约定的材料提供义务，导致授权服务商无法诊断疾病的，授权服务商有权拒绝提供相应服务。

十一、本附加合同效力终止

本附加合同所附属的主保险合同效力终止，本附加合同效力即行终止。主保险合同无效，本附加合同亦无效。解除合同的具体约定和退保计算方式以主保险合同为准。

十二、其他条款的适用

本附加合同与主保险合同不一致之处，以本附加合同为准；本附加合同未尽之处，以主保险合同为准。

十三、释义

释义 1：初次确诊

指自被保险人出生之日起第一次经医院确诊患有某种疾病，**而不是指自本附加合同生效之后第一次经医院确诊患有某种疾病**。特别的，本附加合同所约定的重大疾病中“恶性肿瘤—重度”的确诊日应为**手术病理取材或病理活检取材日期**。

释义 2：特定医疗机构

是指在中国大陆境内（不包括香港、澳门、台湾地区）合法的**二级或二级以上公立医院普通部及特需部**（自主制定价格并在特定区域内提供的特需医疗服务，包括但不限于特需病区、国际医疗、干部病房等），或保险人认可的且根据法律合法成立、运营并符合以下标准的医疗机构：

- （1）主要运营目的是以住院病人形式提供接待患病、伤者并为其提供医疗护理和治疗，
- （2）在一名或若干医生的指导下为病人治疗，其中最少有一名合法执业资格的驻院医生驻诊，
- （3）维持足够妥善的设备为病人提供医学诊断和治疗，并于机构内或由其管理的其他地方提供进行各种手术的设备，
- （4）有合法执业的护士提供和指导二十四小时的全职护理服务。

本附加合同中所指医疗机构不包括以下或类似的医疗机构：

- (1) 精神病院；
- (2) 老人院、疗养院、戒毒中心和戒酒中心；
- (3) 健康中心或天然治疗所、疗养或康复医院。

释义 3：必需且合理

(1) 符合通常惯例：指与接受医疗服务所在地通行治疗规范、通行治疗方法、平均医疗费用价格水平一致的费用。

对是否符合通常惯例由保险人根据客观、审慎、合理的原则进行审核；如果被保险人对审核结果有不同意见，可由双方认同的权威医学机构或者权威医学专家进行审核鉴定。

(2) 医学必需：指医疗费用符合下列所有条件：

- 2.1) 治疗意外伤害或者疾病所必需的项目；
- 2.2) 不超过安全、足量治疗原则的项目；
- 2.3) 由医生开具的处方药；
- 2.4) 非试验性的、非研究性的项目；
- 2.5) 与接受治疗当地普遍接受的医疗专业实践标准一致的项目。

对是否医学必需由保险人根据客观、审慎、合理的原则进行审核；如果被保险人对审核结果有不同意见，可由双方认同的权威医学机构或者权威医学专家进行审核鉴定。

释义 4：症状

指被保险人病后对机体生理功能异常的自身体验和感觉。

释义 5：体征

指被保险人的体表或内部结构发生可以察觉的改变。

释义 6：在线问诊医疗机构

指经保险人指定的互联网医院，具体清单以保险人在官方正式渠道（包括但不限于官网、官微）公布或通知的名单为准。

释义 7：授权服务商

指经保险人指定的互联网医院及其具有药品服务资质合作方，具体清单以保险人在官方正式渠道（包括但不限于官网、官微）公布或通知的名单为准。

释义 8：在线问诊及药品服务手册

指保险人提供的在线问诊及药品服务流程及相关约定的手册，具体内容以保险人在投保时展示的为准。

释义 9：既往病症

在本附加合同生效前被保险人已知或应当知道的有关疾病或症状。通常有以下情况：

- (1) 本附加合同生效前，医生已有明确诊断，长期治疗未间断；
- (2) 本附加合同生效前，医生已有明确诊断，治疗后症状未完全消失，有间断用药情况；
- (3) 本附加合同生效前，医生已有明确诊断，但未接受任何治疗；
- (4) 本附加合同生效前，虽未经医生明确诊断和治疗，但症状已经明显足以促使被保险人引起注意并寻求诊断、治疗或护理的症状。

京东安联财产保险有限公司
个人人身意外伤害保险条款（互联网版）
（报备文件编号：京东安联发（2023）294号）
（注册号：C00005032312023082939611）；

一、总则

本保险合同由保险条款、投保单、保险单、保险凭证以及批单等组成。凡涉及本保险合同的约定，均应采用书面形式。

身体健康的自然人，可作为本保险合同的被保险人。是否接受投保、承保，由**保险人**（见释义1）决定。

被保险人本人、对被保险人有保险利益的其他人可作为投保人。后者作为投保人投保时必须经被保险人书面同意。

本保险合同的受益人包括：

（一）身故保险金受益人

订立本保险合同时，被保险人或投保人可指定一人或数人为身故保险金受益人。身故保险金受益人为数人时，应确定其受益顺序和受益份额；未确定受益份额的，各身故保险金受益人按照相等份额享有受益权。投保人指定受益人时须经被保险人同意，投保人为与其有劳动关系的劳动者投保人身保险，不得指定被保险人及其近亲属以外的人为受益人。

被保险人死亡后，有下列情形之一的，保险金作为被保险人的遗产，由保险人依照有关法律的规定履行给付保险金的义务：

1. 没有指定受益人，或者受益人指定不明无法确定的；
2. 受益人先于被保险人死亡，没有其他受益人的；
3. 受益人依法丧失受益权或者放弃受益权，没有其他受益人的。

受益人与被保险人在同一事件中死亡，且不能确定死亡先后顺序的，推定受益人死亡在先。

被保险人或投保人可以变更身故保险金受益人，但需书面通知保险人，由保险人在本保险合同上批注。**对因身故保险金受益人变更发生的法律纠纷，保险人不承担任何责任。**

投保人指定或变更身故保险金受益人的，应经被保险人书面同意。被保险人为无民事行为能力人或限制民事行为能力人的，应由其监护人指定或变更身故保险金受益人。

（二）伤残保险金受益人

除另有约定外，本保险合同的伤残保险金的受益人为被保险人本人。

二、保险责任

在保险期间内，被保险人因遭受**意外伤害**（见释义2）事故导致死亡或伤残的，保险人依照下列约定给付保险金，且**给付各项保险金之和不超过保险金额**。

（一）身故保险责任

在保险期间内，被保险人遭受意外伤害事故，并**自事故发生之日起180日内**因该事故死亡的，保险人按保险金额给付身故保险金，**对该被保险人的保险责任终止**。

被保险人因遭受意外伤害事故且自该事故发生日起下落不明，后经人民法院依法宣告死亡的，保险人按保险金额给付身故保险金。但若被保险人被宣告死亡后生还的，保险金受领人应于知道或应当知道被保险人生还后**30日内**退还保险人给付的身故保险金。

被保险人死亡前已领有伤残保险金的，身故保险金为扣除已给付伤残保险金后的余额（如有）。

（二）伤残保险责任

在保险期间内，被保险人遭受意外伤害事故，并自该事故发生之日起 180 日内因该事故造成《人身保险伤残评定标准及代码》（标准编号为 JR/T 0083-2013，以下简称《伤残评定标准》）（见释义 3）所列伤残之一的，保险人按该《伤残评定标准》所列给付比例乘以意外伤害保险金额给付伤残保险金。如第 180 日治疗仍未结束的，按当日的身体情况进行伤残鉴定，并据此给付伤残保险金。

1. 当同一保险事故造成两处或两处以上伤残时，应首先对各处伤残程度分别进行评定，如果几处伤残等级不同，以最重的伤残等级作为最终的评定结论；如果两处或两处以上伤残等级相同，伤残等级在原评定基础上最多晋升一级，最高晋升至第一级。同一部位和性质的伤残，不应采用《伤残评定标准》条文两条以上或者同一条文两次以上进行评定。

2. 被保险人如在本次意外伤害事故之前已有伤残，保险人按合并后的伤残程度在《伤残评定标准》中所对应的给付比例给付伤残保险金，但应扣除原有伤残程度在《伤残评定标准》所对应的伤残保险金。

在保险期间内，死亡及伤残保险责任的保险金累计给付金额以保险单载明的意外伤害保险金额为限。

三、责任免除

（一）因下列任一情形导致被保险人死亡或伤残的，或具备下列任一情形/行为的，保险人不承担给付保险金责任：

1. 投保人、被保险人或受益人的故意行为；
2. 被保险人自致伤害或自杀，但被保险人自杀时为无民事行为能力人的除外；
3. 因被保险人挑衅或故意行为而导致的打斗、被袭击或被谋杀；
4. 被保险人妊娠（含宫外孕）、流产（含任何原因所导致的流产和人工流产）、分娩（含剖腹产）、不孕不育治疗；
5. 被保险人疾病、食物中毒、药物过敏、中暑、高原反应特定疾病（见释义 4）及其并发症、潜水特定疾病（见释义 5）及其并发症、猝死（见释义 6）；
6. 被保险人未遵医嘱，私自服用、涂用、注射药物；
7. 任何生物、化学、原子能武器，原子能或核能装置所造成的爆炸、灼伤、污染或辐射；
8. 保险合同生效前已存在的受伤及其并发症；
9. 细菌或病毒感染（但因意外伤害致有伤口而发生感染者除外）；
10. 被保险人任何因整容、整形手术、内外科手术或其他医疗行为导致的伤害。

（二）被保险人在下列期间遭受意外伤害导致死亡或伤残的，保险人也不承担给付保险金责任：

1. 战争（见释义 7）、军事行动、暴动或武装叛乱期间；
2. 被保险人从事违法、犯罪活动期间或被依法拘留、服刑、在逃期间；
3. 被保险人在酒精或毒品、管制药物的影响期间；
4. 被保险人患艾滋病或感染艾滋病病毒期间；
5. 被保险人酒后驾驶（见释义 8）、无有效驾驶证（见释义 9）驾驶或驾驶无有效行驶证（见释义 10）的机动车期间；
6. 被保险人进行各种车辆表演、车辆竞赛或练习期间；
7. 被保险人作为军人（含特种兵）、警务人员（含防暴警察）在训练或执行公务期间；
8. 被保险人参与任何职业体育活动或任何设有奖金或报酬的体育运动期间；
9. 被保险人进行滑翔翼、滑翔伞、跳伞、探险活动（见释义 11）、非固定路线洞穴探险、特技表演（见释义 12），任何海拔 6,000 米以上的户外运动及潜水深度大于 18 米的活动期间。如保险人进行风险评估后同意拓展承保时，不受本责任免除的限制；
10. 被保险人必须借助登山绳索、登山向导（非旅行社导游）完成的登山活动期间；借助水下供气瓶（非呼吸管）设备完成的潜水活动期间（但在旅游景点的专业潜水教练指导下进行休闲潜水活动的除外）；

11. 被保险人存在精神和行为障碍（以世界卫生组织颁布的《疾病和有关健康问题的国际统计分类（ICD-10）》为准）期间（包括但不限于服药治疗或心理行为治疗期间）；
12. 被保险人在矿洞、地下、高速路、高架桥、水上、建筑工地作业期间；
13. 被保险人从事 5 米以上高空作业的职业相关活动期间；
14. 被保险人从事航空或飞行活动期间，包括身为飞行驾驶员或空勤人员，但以缴费乘客身份乘坐客运民航班机或参与飞行活动的除外。

四、保险金额和保险费

保险金额是保险人承担给付保险金责任的最高限额。保险金额由投保人、保险人双方约定，并在保险单中载明。

本保险合同的保险费按照被保险人的年龄、职业和所选计划确定。投保人须按本保险合同约定支付保险费。

本保险合同的保险费支付方式由投保人与保险人投保时约定。

1. 一次性缴付保险费

若一次性缴付保险费的，投保人应当在保险合同成立时一次性交清保险费。**未交清保险费的，保险合同不生效；发生保险事故的，保险人不承担保险责任。**

2. 分期缴付保险费

若分期缴付保险费的，在缴纳首期保险费后，投保人应当在每个保险费约定缴纳日（见释义 13）前足额缴纳对应的保险费。**如未缴付首期保险费，保险合同不生效，保险人不承担保险责任。**

如投保人未按约定缴纳其余各期保险费，保险人允许投保人在保险单约定的延长期内补缴保险费，如被保险人在延长期内发生保险事故，保险人承担保险责任。投保人在正常交费对应的保险期间内或本条约定的延长期内发生保险事故，保险人依照合同约定给付保险金的，需投保人先行补交所有未缴期间的保险费，或经投保人和保险人协商同意后，在给付的保险金中扣除所有未缴期间的所有未缴保险费。如投保人在延长期届满时仍未缴纳当期保险费的，保险合同自当期保险费约定缴纳日次日零时起终止，对于保险合同终止后发生的保险事故，保险人不承担保险责任。

延长期由投保人和保险人协商确定，并在保险单中载明。

五、保险期间

除另有约定外，保险期间为一年，以保险单载明的起讫时间为准。

六、保险人义务

订立保险合同时，采用保险人提供的格式条款的，保险人向投保人提供的投保单应当附格式条款，保险人应当向投保人说明保险合同的内容。对保险合同中免除保险人责任的条款，保险人在订立合同时应当在投保单、保险单或者其他保险凭证上作出足以引起投保人注意的提示，并对该条款的内容以书面或者口头形式向投保人作出明确说明；未作提示或者明确说明的，该条款不产生效力。

本保险合同成立后，保险人应当及时向投保人签发保险单或其他保险凭证。

保险人认为被保险人提供的有关索赔的证明和资料不完整的，应当及时一次性通知投保人、被保险人补充提供。

保险人收到被保险人的给付保险金的请求后，应当及时作出是否属于保险责任的核定；情形复杂的，应当在三十日内作出核定，但因投保人未如实告知、索赔人原因、事故情况异常复杂需要查证或需要等待第三方意见等客观原因需要更长处理时间的除外。

保险人应当将核定结果通知被保险人；对属于保险责任的，在与被保险人达成给付保险金的协议后十日内，履行赔偿保险金义务。保险人依照前款约定作出核定后，对不属于保险责任的，应当自作出核定之日起三日内向被保险人发出拒绝给付保险金通知书，并说明理由。

保险人自收到给付保险金的请求和有关证明、资料之日起六十日内，对其给付的数额不能确定的，应当根据已有证明和资料可以确定的数额先予支付；保险人最终确定给付的数额后，应当支付相应的差额。

七、投保人、被保险人义务

订立保险合同，保险人就保险标的或者被保险人的有关情况提出询问的，投保人应当如实告知。

投保人故意或者因重大过失未履行前款规定的义务，足以影响保险人决定是否同意承保或者提高保险费率的，保险人有权解除本合同。

前款规定的合同解除权，自保险人知道有解除事由之日起，超过三十日不行使而消灭。

投保人故意不履行如实告知义务的，保险人对于合同解除前发生的保险事故，不承担给付保险金责任，并不退还保险费。

投保人因重大过失未履行如实告知义务，对保险事故的发生有严重影响的，保险人对于合同解除前发生的保险事故，不承担给付保险金责任，但应当退还保险费。

保险人在合同订立时已经知道投保人未如实告知的情况的，保险人不得解除合同；发生保险事故的，保险人应当承担给付保险金责任。

被保险人变更职业或工种时，投保人或被保险人应在 10 日内以书面形式通知保险人。

被保险人所变更的职业或工种依照保险人职业分类在拒保范围内或保险人不愿承保变更后的风险的，保险人在接到通知后有权解除本保险合同并按照接到通知之日退还原职业或工种所对应的未满期净保费

（见释义 14）。**被保险人所变更的职业或工种依照保险人职业分类仍可承保的或在拒保范围内但保险人认定可以继续承保的，保险人按照接到通知之日计算并退还原职业或工种所对应的未满期净保费，投保人补交按照保险人接到通知之日计算的新职业或工种所对应的未满期净保费。**

被保险人变更职业或工种，未依本条约定通知保险人，因危险程度增加导致发生保险事故的，保险人不承担给付保险金的责任。

投保人住所或通讯地址变更时，应及时以书面形式通知保险人。**投保人未通知的，保险人按本保险合同所载的最后住所或通讯地址发送的有关通知，均视为已送达投保人。**

投保人、被保险人或者保险金受益人知道保险事故发生后，应当及时通知保险人。**故意或者因重大过失未及时通知，致使保险事故的性质、原因、损失程度等难以确定的，保险人对无法确定的部分，不承担给付保险金责任，但保险人通过其他途径已经及时知道或者应当及时知道保险事故发生的除外。**

上述约定，不包括因不可抗力（见释义 15）而导致的迟延。

八、保险金申请

保险金申请人（见释义 16）向保险人申请给付保险金时，应提交以下材料。保险金申请人因特殊原因不能提供以下材料的，应提供其他合法有效的有关材料。保险金申请人未能提供有关材料，导致保险人无法核实该申请的真实性的，保险人对无法核实部分不承担给付保险金的责任。

（一）身故保险金申请

1. 索赔申请表
2. 身故保险金受益人/法定继承人的身份证明及其他相关材料；
3. 二级以上（含二级）**医疗机构**（见释义 17）或保险人认可的机构出具的被保险人死亡证明书。若被保险人为宣告死亡，保险金申请人应提供人民法院出具的宣告死亡证明文件；
4. 被保险人的户籍注销证明；
5. 保险金申请人所能提供的与确认保险事故的性质、原因、损失程度等有关的其他证明和资料；
6. 保险金申请人所能提供的其他与本项申请相关的材料。

（二）伤残保险金申请

1. 索赔申请表；
2. 被保险人身份证明；

3. 二级以上（含二级）或保险人认可的医疗机构或司法鉴定机构出具的伤残鉴定诊断书；
4. 保险金申请人所能提供的其他与本项申请相关的材料；
5. 若保险金申请人委托他人申请的，还应提供授权委托书原件、委托人和受托人的身份证明等相关证明文件。

保险金申请人向保险人请求给付保险金的诉讼时效期间按法律规定，自其知道或者应当知道保险事故发生之日起计算。

九、争议处理和法律适用

因履行本保险合同发生的争议，由当事人协商解决。协商不成的，提交保险单载明的仲裁机构仲裁；保险单未载明仲裁机构或者争议发生后未达成仲裁协议的，依法向人民法院起诉。

与本保险合同有关的以及履行本保险合同产生的一切争议处理适用中华人民共和国法律（不包括港澳台地区法律）。

十、其他事项

在本保险合同成立后，投保人可以书面形式通知保险人解除合同。

投保人解除本保险合同时，应提供下列证明文件和资料：

1. 保险合同解除通知书；
2. 投保人身份证明。

投保人要求解除本保险合同，自保险人接到保险合同解除通知书之时起，本保险合同的效力终止。保险人收到上述证明文件和资料之日起 **30 日内** 退还保险单的未满期净保费。**若本保险合同已发生保险金赔偿，则未满期净保费为零。**

十一、释义

释义 1：保险人

指与投保人签订本保险合同的京东安联财产保险有限公司及其分支机构。

释义 2：意外伤害

指外来的、突发的、非本意的和非疾病的使身体受到伤害的客观事件。

释义 3：《人身保险伤残评定标准及代码》

标准标号为 JR/T0083-2013，是由原中国保险监督管理委员会发布（保监发[2014]6 号）并经国家标准化委员会备案的中华人民共和国金融行业标准。

释义 4：高原反应特定疾病

指急性高原脑水肿、急性高原肺水肿、高原反应、和平原反应，其成立必须由医院相应专科医师确诊。

释义 5：潜水特定疾病

指潜水减压病、氮醉、及二氧化碳中毒，其成立必须由医院相应专科医师确诊。

释义 6：猝死

表面健康的人因潜在疾病、机能障碍或其他原因在出现症状后，在一定时间内发生的非暴力性突然死亡。除另有约定外，上述自出现症状至死亡时所经过的时间最高不超过 72 小时。

释义 7：战争

是指不管宣战与否，主权国家为达到其经济、疆域的扩张、民族主义、种族、宗教或其他目的而进行的任何战争或军事行动。

释义 8：酒后驾驶

指经检测或鉴定，发生事故时车辆驾驶人员每百毫升血液中的酒精含量达到或超过一定的标准，被公安机关交通管理部门依法认定为饮酒后驾驶或醉酒后驾驶。

释义 9：无有效驾驶证

被保险人存在下列情形之一者：

- (1) 无驾驶证或驾驶证有效期已届满；
- (2) 驾驶的机动车与驾驶证载明的准驾车型不符；
- (3) 实习期内驾驶公共汽车、营运客车或者载有爆炸物品、易燃易爆化学物品、剧毒或者放射性等危险物品的机动车，实习期内驾驶的机动车牵引挂车；
- (4) 持未按规定审验的驾驶证，以及在暂扣、扣留、吊销、注销驾驶证期间驾驶机动车；
- (5) 使用各种专用机械车、特种车的人员无国家有关部门核发的有效操作证，驾驶营业性客车的驾驶人无国家有关部门核发的有效资格证书；
- (6) 依照法律法规或公安机关交通管理部门有关规定不允许驾驶机动车的其他情况下驾车。

释义 10：无有效行驶证

指下列情形之一：

- (1) 机动车被依法注销登记的；
- (2) 无公安机关交通管理部门核发的行驶证、号牌，或临时号牌或临时移动证的机动交通工具；
- (3) 未在规定检验期限内进行机动车安全技术检验或检验未通过的机动交通工具；
- (4) 依照法律法规或公安机关交通管理部门有关规定不允许机动车行驶的其他情况。

释义 11：探险活动

指明知在某种特定的自然条件下有失去生命或使身体受到伤害的危险，而故意使自己置身其中的行为。如极地探险、江河漂流、徒步穿越沙漠或人迹罕见的原始森林等活动。

释义 12：特技表演

指马术、杂技、驯兽等特殊技能。

释义 13：保险费约定缴纳日

指保险合同生效日在每期的对应日。如果当期无对应的同一日，则以该期最后一日为对应日。

释义 14：未到期净保费

若保险费为一次性缴付的：未到期净保费=保险费×[1-(保险单已经过天数/保险期间天数)]×(1-10%)。经过天数不足一天的按一天计算。

若保险费为分期缴付的：未到期净保费=当期保险费×[1-(当期保障已过天数/当期保障总天数)]×(1-10%)。经过天数不足一天的按一天计算。

若本保险合同已发生保险金赔偿，则未到期净保费为零。

释义 15：不可抗力

指不能预见、不能避免并不能克服的客观情况。

释义 16：保险金申请人

指被保险人；被保险人身故时，指受益人或被保险人的继承人或依法享有保险金请求权的其他自然人。

释义 17：医疗机构

指在中国大陆境内（不包括香港、澳门、台湾地区）合法的二级或二级以上公立医院，或保险人认可的，根据法律合法成立、运营并符合以下标准的医疗机构：

- （1）主要运营目的是以住院病人形式提供接待患病、伤者并为其提供医疗护理和治疗；
- （2）在一名或若干医生的指导下为病人治疗，其中最少有一名合法执业资格的驻院医生驻诊；
- （3）维持足够妥善的设备为病人提供医学诊断和治疗，并于机构内或由其管理的其他地方提供进行各种手术的设备；
- （4）有合法执业的护士提供和指导二十四小时的全职护理服务。

本合同中所指医疗机构不包括以下或类似的医疗机构：

- （1）精神病院；
- （2）老人院、疗养院、戒毒中心和戒酒中心；
- （3）健康中心或天然治疗所、疗养或康复医院。

（本页结束）